BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

FONDÉ PAR
MIQUEL
1831

CONTINUÉ PAR
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

ALBERT ROBIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COMITÉ DE RÉDACTION

H. HALLOPEAU
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Professeur agrégé à la Faculté de médecine

G. BOUILLY
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine

G. POUCHET
Membre de l'Académie de médecine
Professeur de pharmacologie
et de matière médicale
à la Faculté de médecine.

RÉDACTEUR EN CHEF

G. BARDET

ASSISTANT DE THÉRAPEUTIQUE A L'HOPITAL DE LA PITIÉ
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

TOME CENT QUARANTE-QUATRIÈME

PARIS

OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT

PLACE DE L'ODÉON, 8

1902



Un nouvel hôpital à New-York. — La lutte contre la tuberculose aux États-Unis. — La ville la plus malsaine du monde. — Tumeur stomacale formée par des cheveux. — Le savon à sec dans l'hyperhydrose plantaire. — Le permanganate de potasse dans le psoriasis. — La malaria en Italie. — Un nouveau pansement antiseptique sans bandes.

On a récemment ouvert à New-York un magnifique hôpital, construit grâce aux libéralités du milliardaire connu J.-P. Morgan. La construction a coûté 6 millions 700.000 francs. Le bâtiment s'élève sur une hauteur de huit étages et est aménagé conformément aux exigences de l'hygiène moderne. Dans les salles, sur les meubles, etc., les angles sont partout arrondis pour empêcher l'accumulation des poussières, l'ameublement est tout en fer et verre; la ventilation est assurée à l'aide des appareils électriques, etc.

***

Il y a quelque temps, sur la proposition du médecin général du service des hôpitaux de la marine, les Etats-Unis avaient décidé de compter la tuberculose pulmonaire au nombre des maladies contagieuses interdisant l'immigration aux États-Unis de personnes qui en sont atteintes.

Le 6 février dernier, l'*Académie de Médecine de New-York* a voté une résolution par laquelle elle déclare regretter profondément cette mesure inhumaine qui n'est justifiée par aucune donnée clinique ni scientifique.

***

Au dire du *Temps* (18 avril 1902), la ville du monde la plus malsaine serait Amoy, le grand port chinois sur le canal de Formose. Cela tient à ce que cette cité a été construite il y a une dizaine de siècles sur un immense cimetière où, d'après les évaluations les plus sérieuses, quelque cinq millions de cadavres avaient été enterrés. Aujourd'hui encore, on peut voir dans toutes les rues de la ville, sur les places publiques, au loin dans la campagne, des milliers de tombeaux dont les pierres, qui se touchent, forment une surface unie, presque continue, de 90.000 mètres carrés.

Détail particulièrement hideux : les puits, où la population trouve son eau potable, ont été percés au milieu de ce charnier. Les Chinois en retirent un liquide boueux, méphitique qui soulève le cœur... Inutile d'ajouter que la peste et le typhus règnent à Amoy d'une façon endémique, et que la mortalité y atteint un taux effrayant.

***

Une jeune fille de seize ans présentait au-dessous des fausses côtes gauches une tumeur dure, lisse, régulière qui avait été l'objet de diagnostics variés. La laparotomie ayant fait constater le siège intra-stomacal de cette tumeur, M. Giraud (de Lyon) put l'extraire par une gastrotomie de 6 à 7 centimètres. La masse, du poids de 765 grammes, avec 28 centimètres de long sur 7 d'épaisseur, est présentée à la *Société de chirurgie de Lyon*. Elle est constituée par des corps étrangers, du papier, des médailles et surtout par les cheveux de la jeune fille que, depuis 4 ans, celle-ci avalait.

***

De tous les médicaments préconisés, les frictions à sec faites avec du savon de cuisine, seraient, d'après M. Gordizev, à préférer dans le traitement de l'hyperhydrose plantaire. Ces frictions

doivent être assez prolongées pour que la peau se recouvre d'une couche uniforme de savon. On les répète chaque jour, puis à des intervalles de plus en plus prolongés. La guérison surviendrait rapidement à moins qu'il ne s'agisse de cas très graves d'hyperhydrose qui exigent parfois plusieurs mois de traitement par le savon.



Avec le permanganate de potasse on obtiendrait dans le psoriasis des résultats supérieurs à ceux que l'on a par l'emploi d'autres topiques. M. Hallopeau le fait appliquer en compresses imprégnées d'une solution, dont le titre varie suivant la tolérance, du 300e au 100e. La question de savoir si on pourra l'utiliser sans danger de trop grande absorption sur les psoriasis généralisés est encore à l'étude.



Les expériences faites en Italie au cours de l'année dernière pour combattre le fléau de la malaria ont donné les meilleurs résultats. Elles ont mis en œuvre deux méthodes de prophylaxie : l'adaptation des masques et des toiles métalliques pour prémunir contre les morsures des anopheles, et la distribution de sels de quinine sous forme de confetti en pilules très solubles. Faites sur une assez large échelle par les compagnies de chemin de fer dans les régions malariques, à l'effet de préserver leur personnel qui, tous les ans, voyait approcher avec terreur la saison où sévit la fièvre, elles ont déterminé la résurrection d'un grand nombre de pauvres familles qui n'ont plus eu ainsi à payer tribut au minotaure malarique. Ainsi sur la ligne Rome-Pise, en un parcours de 300 kilomètres comprenant un personnel de 1906 individus, 1592 furent complètement protégés (personnel de ligne), et 314 incomplètement (personnel de gare); entre récidivistes et primitifs, la moyenne pour les premiers a été de 23 p. 100 et 36 pour les seconds, alors que précédemment, cette moyenne

était respectivement de 60 à 80 p. 100 de sujets malades. Et partout où la prophylaxie a été observée, diminution semblable dans la morbidité. Dans certaines localités de l'Agro Romano, où la proportion des malades était de 25 à 30 p. 100, aucun cas de fièvre ne s'est produit parmi les 293 personnes soumises aux expériences.

***

Certaines régions du corps se prêtant mal, par suite de leur forme ou de leur situation, à l'application d'un bandage après une opération chirurgicale, M. Socin (de Bâle) emploie un antiseptique qui adhère solidement à la peau et rend de la sorte superflu l'emploi de tout autre pansement. C'est ainsi qu'après l'opération du bec-de-lièvre par exemple, aussitôt les sutures achevées et après un dernier nettoyage antiseptique de la région, immédiatement desséchée, ce chirurgien étend avec un pinceau ou une spatule sur la plaie faite la quantité nécessaire d'une pâte obtenue par mélange de 50 parties d'oxyde de zinc, de 50 parties d'eau et de 5 à 6 parties de chlorure de zinc. La pâte se sèche au bout de quelques minutes pendant lesquelles on lui incorpore quelques minces flocons d'ouate pour augmenter sa résistance; finalement on obtient une croûte solide fortement adhésive, imperméable à l'air et aux liquides, qui assure une antisepsie parfaite de la plaie et par suite la réunion par première intention. Cet emplâtre qui n'est pas irritant demeure facilement en place pendant cinq à six jours, au bout desquels on le décolle avec ménagement pour découvrir la plaie et enlever les sutures. Une nouvelle application de pâte suffira et on attendra qu'elle tombe d'elle-même, ce qui se produit en général au bout de cinq à six jours, coïncidant avec une cicatrisation complète.

ACTUALITÉS

La réforme du recrutement des agrégés des écoles de médecine,

par M. G. Bardet.

(*Suite et fin.*)

VI. — Modifications dans l'organisation financière du professorat nécessitées par la réforme

La réforme de l'agrégation, conçue sur le programme de réformes étendues que nous avons envisagé, comporte naturellement une sanction financière des plus importantes, puisque son caractère est, d'une part, l'augmentation considérable du nombre des agrégés et, d'autre part, la diminution également considérable des ressources fournies par l'exercice professionnel de la médecine aux agrégés comme aux professeurs titulaires, qui se trouveront, de fait, professionalisés dans le professorat.

Il ne m'appartient pas d'examiner les procédés divers qui pourraient permettre de trouver des ressources, car c'est là une question de détail qui regarde les spécialistes, qui serait beaucoup trop délicate si l'on voulait l'examiner point par point et qui, d'ailleurs, n'intéresserait que médiocrement le

grand public. Je n'ai qu'à poser rapidement le problème à résoudre et à l'envisager dans ses grandes lignes.

Plusieurs points sont à examiner : d'abord la situation de l'agrégé et ensuite celle du professeur titularisé. L'agrégé doit recevoir, dès le début de sa carrière, des émoluments qui lui permettront de vivre honorablement et aujourd'hui on peut admettre que le minimum nécessaire à un homme qui a la responsabilité d'une charge aussi importante que celle de l'enseignement est de 6.000 francs par an; il est également raisonnable de poser en principe qu'un agrégé de carrière ne doit pas attendre le moment où il sera titularisé médecin pour voir ses appointements augmenter. Il faudra donc prévoir plusieurs classes d'agrégés, avec une augmentation progressive, de manière à assurer au professeur stagiaire un traitement de 8 à 9.000 francs au bout d'un certain temps.

Si maintenant nous examinons la situation du professeur titulaire, il est juste de reconnaître immédiatement qu'il est nécessaire de compenser l'abandon qu'il fera de l'exercice presque complet de la profession médicale. Dans une grande ville, un médecin éminent arrive facilement à se faire un budget de 50 à 100.000 francs par an : or, il est bien évident que si l'on ne veut pas écarter *à priori* du professorat tous les hommes de grande valeur, on est obligé de les mettre à même de trouver dans l'enseignement des positions similaires, sans quoi les nécessités de la vie les feront renoncer aux recherches scientifiques et à la carrière universitaire, pour se lancer librement dans l'exercice de la médecine. Donc, nous sommes forcés de prévoir la nécessité de grever les budgets des Universités dans des proportions jusqu'ici inconnues.

On pourrait m'objecter que cette élévation considérable

des émoluments n'a nullement un caractère obligatoire, que dans d'autres classes de l'enseignement supérieur, sciences, droit, lettres par exemple, les professeurs de faculté se contentent d'honoraires convenables, mais singulièrement réduits si on les compare à ceux que je prévois. Cet argument n'est pas sans valeur, mais je crois qu'il serait spécieux de se laisser entraîner sur cette pente. Je reconnais qu'on trouvera facilement des personnalités, bien douées pour l'enseignement, qui se contenteraient d'appointements relativement minimes, en échange d'une situation assurée et indépendante, mais l'expérience m'a appris qu'on se leurre en comptant trop sur le désintéressement absolu des hommes. La prétention d'exiger, de certaines classes de la Société, du désintéressement est une de ces chimères dont on s'est jadis laissé trop facilement berner; l'intérêt des nations est fait de la somme des intérêts particuliers, et une nation désintéressée est une nation improductive. Cherchons donc l'intérêt, car il est le grand moteur des actes humains et plus les Français auront d'ambition et plus la France aura de succès dans toutes les branches de l'industrie humaine. J'admets donc, je désire même que les professeurs de l'avenir aient le plus d'ambition possible, et non pas celle de rechercher des honneurs stériles, mais bien celle d'acquérir une grande et brillante situation, qui leur permettra de créer de la richesse, pour le plus grand bien de leur famille et de leur patrie.

Du reste, tous ces grands mots d'amour pur de la science et de désintéressement sont d'aimables plaisanteries dont on cache des réalités très sonnantes : si l'on y regarde de près, sans vouloir se couvrir les yeux avec des verres colorés par une convention aussi surannée que ridicule, on ne manque pas de voir que, dans les milieux universitaires,

les meilleurs recherchent avidement le cumul de mille et une positions médiocres dont la somme finit par faire une rémunération sérieuse, mais dont l'encombrement rend impossible l'exercice réel du plus grand nombre d'entre elles. Qu'en résulte-t-il? L'obstruction des carrières pour les jeunes et l'improductivité du plus grand nombre qui sont réduits à disperser de tout côté une application désordonnée et hâtive. Cela n'est honorable, ni pour le savant, ni pour la Société qui accepte une situation fausse plutôt que d'accomplir des réformes utiles.

Je voudrais donc voir accepter chez nous ce qui existe en Allemagne, par exemple, où les professeurs célèbres arrivent à se faire des positions de 60 à 80.000 francs par an. Il est bien certain que l'homme qui est capable de créer cette richesse regardera à deux fois avant de négliger les leçons qui entretiennent sa réputation et qu'il travaillera énergiquement à maintenir sa situation.

Ceci accepté, et je pense que personne ne sera d'un avis contraire, reste à trouver les moyens de satisfaire à ces nécessités nouvelles, qui écraseraient immédiatement les budgets actuels. Car on ne peut se dissimuler que ce n'est pas à l'État qu'il faudra demander des ressources nouvelles, il n'en a pas de disponibles, et d'ailleurs tout ce que l'on peut demander à l'État c'est d'assurer uniquement les besoins évidents de la nation, mais non pas de créer des prébendes considérables au profit de quelques particuliers. Il doit en être pour les professeurs comme pour les chanteurs, chacun recevant suivant ses mérites; tel ténor ne trouve que des engagements de quelques mille francs par an, mais les rares artistes peuvent gagner le même prix pour une seule représentation, s'ils font recette. De même, le professeur ne doit toucher une rémunération sérieuse

que s'il fait recette, c'est-à-dire s'il sait attirer les élèves.

Les appointements d'un professeur de l'enseignement supérieur doit donc être divisé en deux chapitres, le fixe et le casuel, celui-ci étant représenté par la part qui proviendra des inscriptions au cours du professeur. C'est l'État qui doit payer le fixe, mais le casuel sera fourni par les droits d'étude.

Je n'admets pas l'existence de Facultés comme celles qui vivent aujourd'hui. Allez aux cours, faites le compte des élèves assistant aux leçons et examinez comparativement la liste des inscriptions et vous vous rendrez compte que de telles Facultés n'attirent pas la vingtième partie des élèves. Eh bien! le résultat de telles situations est le suivant : il y a quelques jours, un des médecins des hôpitaux les plus suivis et les plus distingués (une ancienne victime du concours d'agrégation d'après le système actuel) me disait que les écoles n'étaient faites que pour faire passer des examens et faire la collation des grades, qu'un médecin n'avait pas besoin de suivre des cours, qu'il n'avait qu'à suivre assidûment l'hôpital.

Rien de plus faux à mon avis qu'un tel raisonnement, et surtout rien de plus dangereux. Oui, les cours actuels n'ont aucune valeur, sauf de rares mais honorables exceptions. Et cela est si vrai que le professeur lui-même, dans beaucoup de cas, ne daigne même pas faire ses leçons. Mais cette situation est déplorable, car on ne fait pas de bons médecins sans professeurs, parce que seul le professeur, quand il fait son cours, est capable de fournir au jeune homme la méthode et le cadre où il pourra placer les connaissances pratiques acquises à l'hôpital. Supprimez les cours actuels qui ne servent à rien, mais remplacez-les par des leçons pratiques, et vous rendrez aux élèves un immense service.

Cette grave révolution, si féconde et si désirée de l'élève (je rappelle encore que dans toute cette étude je ne me préoccupe que de l'élève et non pas du professeur, le premier seul étant intéressant; jusqu'ici, au contraire, on n'a jamais traité la question qu'en se mettant au point de vue du professeur), cette révolution, dis-je, se fera d'elle-même et avec une étonnante rapidité le jour où le professeur trouvera dans le professorat la juste et lucrative récompense de ses efforts et de ses sacrifices. Pourquoi voulez-vous qu'un professeur se donne du mal, avec le système actuel, puisqu'il n'aura aucun avantage sur ses collègues moins consciencieux? Il faudrait méconnaître complètement l'esprit humain pour se poser seulement la question (1)!

Je demande en conséquence l'obligation pour l'élève de s'inscrire à certains cours, mais avec la sanction professorale de l'obligation de faire un cours sérieux. Chaque cours devra être fait en partie double ou triple, de manière à ce que l'élève ait le droit de choisir le titulaire ou tel ou tel agrégé, le droit d'inscription appartenant au professeur choisi.

Mais il est évident qu'avec les prix d'études admis aujourd'hui les frais universitaires payés actuellement par les élèves seraient de beaucoup au-dessous des dépenses. Cette situation est déplorable, et c'est elle qui doit être accusée des abus profonds dont on se plaint depuis si longtemps. L'Etat commet une injustice criante quand il fait payer par la communauté les frais occasionnés par l'instruction d'un certain nombre. Et remarquez que ce rôle est ridicule, on a fait,

---

(1) Il y a pourtant des exceptions et on pourrait citer tel professeur qui a fait de sérieux effort pour rendre utile son enseignement. Ceux-là ont certes un grand mérite.

dit-on, un tel nombre de licenciés que ceux qui vivent aujourd'hui seraient suffisants pour assurer le service des lycées et collèges pendant un temps énorme! On se plaint du nombre excessif des médecins? alors pourquoi s'acharner à faire des déclassés? En bon principe économique, l'Etat ne doit faire que ce qu'un particulier est incapable de faire lui-même; qu'il nous fasse des routes, qu'il assure la tranquillité, c'est son devoir, mais il trahit ce devoir le jour où il se mêle de fabriquer des ouvriers de telle ou telle profession.

C'est donc l'élève qui doit payer ses frais d'études, et si l'on admet ce principe, on reconnaîtra immédiatement qu'on aura des ressources toutes trouvées en faisant payer au futur médecin tous les frais, ou tout au moins une bonne partie des frais qu'entraînent ses études. Ce n'est certes pas se montrer exigeant que d'estimer à 700 ou 800 francs par année les frais d'études d'un médecin, et encore je ne compte là que les frais élémentaires, c'est-à-dire le payement des leçons obligatoires pour acquérir le diplôme, mais il faudrait augmenter ce chiffre davantage si l'on tenait compte des cours accessoires de perfectionnement. Ce sera très cher, direz-vous? Mais pourquoi voulez-vous privilégier certaines professions, quand vous vous plaignez de l'encombrement des carrières? S'il y a moins de médecins tant mieux, ceux qui feront leurs études auront plus de valeur et tout le monde s'en trouvera bien. Cherchez à relever le niveau des études par tous les moyens possibles, mais ne l'avilissez pas en facilitant l'accès du nombre à des carrières difficiles et qui exigent des aptitudes et des connaissances élémentaires déjà considérables.

Voilà, en réalité, le seul moyen de relever d'un même coup la profession médicale et le professorat en demandant

à l'élève lui-même les moyens de professionaliser le professorat, en en faisant une profession lucrative et vraiment rémunératrice, et non pas le simple accessoire honorifique d'un praticien qui cherche surtout la grande clientèle.

CONCLUSIONS

On voit que la question, en apparence fort simple, de la réforme de l'agrégation nous a entraînés très loin, puisqu'elle nous amène à reconnaître que cette petite, toute petite réforme ne tend à rien moins qu'à révolutionner le professorat lui-même. Je suis très révolutionnaire, en effet, je l'avoue sincèrement, mais je n'espère pas voir les réformes que je désire; nous vivons dans un pays trop vieux dans la doctrine de l'*étatisme*, pour que les réformes radicales soient possibles. Trop d'intérêts particuliers sont liés au maintien des vieux errements pour que l'initiative des intérêts généraux ait chance de pouvoir exercer une action. L'administration française est la plus heureuse du monde, car ses administrés ont pris depuis des siècles l'habitude de regarder en l'air, au lieu de se contenter de voir devant eux, ils demandent la lune, ce qui permet aux classes de la Société qui vivent des abus de dormir tranquilles; la lune est loin, en effet, et, en attendant qu'elle devienne accessible, sa contemplation par le public permettra aux intéressés de vivre heureux sur leurs positions.

« Mais, vous aussi, mon cher Bardet, vous demandez la lune », m'écrit un lecteur. Non, je ne crois pas demander la lune en exposant à larges traits les nécessités actuelles, vraiment adéquates à la vie d'un siècle nouveau. Nos lois ont plus d'un siècle, c'est déjà une entrave terrible au fonctionnement normal de la Société du XXe siècle, mais nos

mœurs universitaires datent du moyen âge, ce qui est vraiment trop. Je ne crois donc pas me montrer anarchiste en demandant, si vous voulez bien le remarquer, que nous acceptions simplement de nous rapprocher de notre siècle, en exécutant des institutions qui ne dateraient que de cent ans, juste l'âge de nos lois. En effet, je ne demande que l'introduction dans les Facultés de médecine, d'institutions qui ont fait leur preuve depuis un siècle, soit en France même, dans les Facultés de lettres ou de droit, soit à l'étranger. C'est peu comme vous voyez, et cependant j'ai peur que ce ne soit beaucoup trop (1).

REVUE CRITIQUE

Revue de pharmacologie sur quelques nouveaux produits,
par le Dr M. Gorovitz.

Il paraît presque tous les jours un nombre considérable de composés organiques qui sont essayés au point de vue thérapeutique; les uns passent et les autres restent; mais il est juste de reconnaître que la plupart ont une valeur quelconque, aussi auraient-ils vraiment droit de cité dans la thérapeutique s'ils ne fai-

(1) A la rentrée, nous aurons à traiter de la *Réforme du concours des hôpitaux*. A ce moment le concours aura certainement été déjà réformé, mais peu importe, la question est singulièrement large et il ne sera pas *trop tard*, il sera *trop tôt* encore pour la traiter largement.

saient pas double emploi. Il est, en effet, normal de voir la chimie nous offrir une quantité innombrable de corps qui se ressemblent plus ou moins, dans leur action, mais il n'est pas moins logique de voir la médecine hésiter à surcharger indéfiniment la pharmacopée, c'est pourquoi, sans mépriser les nouveaux venus, on a le droit de faire un choix dans les médicaments nouveaux et d'appeler seulement l'attention sur les médicaments qui paraissent avoir plus de chances que d'autres de rester et qui peuvent, d'après les observations publiées, rendre des services au médecin. C'est ce que nous avons fait dans la présente revue; nous n'avons pas la prétention d'être complets et de grouper la totalité des produits parus depuis quelques années, mais nous avons choisi dans le nombre ceux qui semblent mériter vraiment d'être essayés consciencieusement et parmi lesquels un certain nombre demeureront vraisemblablement.

I.— Oxycamphre (Oxaphore)

C'est en 1896, que Manasse (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1897, nº 20), après une série de recherches sur les dérivés du camphre, découvrit un composé chimique qui se présente comme un ortho-oxycamphre, c'est-à-dire un camphre où un atome d'hydrogène se trouve remplacé par un hydroxyle, c'est-à-dire si l'on compare les deux formules chimiques, on aura :

$$\text{Camphre } C_8H_{14}\left<\begin{array}{l}CH_2\\CO\end{array}\right.$$

$$\text{Oxycamphre } C_8H_{14}\left<\begin{array}{l}CH(OH)\\CO\end{array}\right.$$

Pour obtenir ce corps, on procède par réduction en faisant agir sur l'orthoquinon du camphre, un acide quelconque, l'oxydation directe du camphre n'ayant pu donner jusqu'ici aucun résultat.

L'oxycamphre se présente comme poudre blanche cristallisée, inodore, soluble dans l'eau froide à 2 p. 100, facilement soluble dans l'eau chaude et l'alcool. La solution est légèrement amère,

à réaction neutre et doit être complètement transparente. — Un des grands inconvénients de ce produit est qu'il s'altère facilement à la lumière et à l'humidité en se décomposant en une masse fluide, gélatineuse d'une odeur de moisissure.

Étant donné la parenté intime des deux corps, on pourrait supposer que l'action de l'oxycamphre diffère très peu de celle du camphre. — Cependant une série d'expériences entreprises par Heinz (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1897, n° 27) prouvent le contraire. Tandis que le camphre exerce une action excitante sur les centres du quatrième ventricule en amenant une haute tension artérielle avec accélération de la respiration, l'oxycamphre produit par contre une action particulièrement calmante sur le centre respiratoire. C'est pour ces propriétés sédatives analogue à celle de la morphine, sans présenter les inconvénients de cette dernière, que de nombreux cliniciens essayèrent l'oxycamphre dans tous les cas de dyspnée, dyspnée d'origine cardiaque ou pulmonaire, dans l'asthme, dans la dyspnée urémique.

C'est ainsi que Ehrlich (*Centralblatt für die gesammte Therapie, XVII*, 1899) eut l'occasion de l'employer dans 32 cas de dyspnée de cause différente et il put observer partout une amélioration notable dans l'état du malade. Les meilleurs résultats furent obtenus dans les affections pulmonaires telles que la tuberculose. Ehrlich insiste sur ce fait que, dans la dyspnée d'origine cardiaque, l'action de l'oxycamphre se trouve en rapport avec le degré des stases, et que l'effet est plus marqué lorsque l'on provoque préalablement une diurèse. Ce qui est à remarquer c'est que la disparition de la dyspnée objective amène une période d'euphorie, aussi un grand nombre de malades réclament ce remède.

Neumayer (*Munch. medic. Woch.*, 1900, n° 11) administra de grandes doses, de 10 à 20 grammes d'oxycamphre, à des sujets sains ; dans aucun cas, il ne put observer le moindre trouble gastrique. Le pouls ne présenta aucune modification, les battements du cœur furent normaux ; de même on ne put relever aucune modification dans la fréquence respiratoire. Un fait fut très marqué,

c'était l'action très nette sur l'excitabilité du centre respiratoire, tous les sujets expérimentés purent retenir leur respiration pendant un intervalle de temps plus long après qu'avant l'administration du médicament, d'où l'on conclut que l'oxycamphre permet une accumulation plus prolongée d'acide carbonique dans l'organisme sans excitation du centre respiratoire.

C'est à la suite de ces recherches que Neumayer appliqua ce remède dans des cas de dyspnée dont il publie les observations ; comme Ehrlich, il put obtenir des résultats très favorables. Cependant dans les dyspnées graves l'oxycamphre reste inférieur à la morphine ; il se produit de plus une certaine accoutumance avec le temps, ce qui diminue son action.

Jacobson (*Berlin. Klin. Woch.*, 1899, n° 16) eut l'occasion d'employer l'oxaphore chez 18 malades atteints de dyspnée et il résume ainsi les résultats obtenus : sur 9 cas de dyspnée d'origine respiratoire, une fois seulement le médicament ne produit aucune action ; de même sur cinq cardiaques il compte un cas d'insuccès ; enfin, dans un troisième groupe de dyspnée d'origine rénale, l'oxycamphre rendit partout des services appréciables.

Stadelmann (*Deutsche Aerzte Zeitung*, 1900) rapporte 34 cas de dyspnée traités avec succès par l'oxycamphre, qui, d'après cet auteur, serait un remède précieux, remplaçant avec avantage la morphine et ses dérivés.

Rumpel employa l'oxaphore dans 5 cas de dyspnée cardiaque avec stases, dans 6 cas d'emphysème et bronchite, dans 4 cas de phtisie pulmonaire très avancée, et il obtint partout une amélioration notable de la dyspnée et de l'état général.

L'oxycamphre étant un produit très altérable, le meilleur mode d'administration, serait celui de Ehrlich qui consiste à préparer la poudre dans des capsules de gélatine, que les malades digèrent facilement. La dose minime est de 1 gramme, en moyenne on peut prescrire de 1 à 2 grammes par jour, sans dépasser 3 à 4 grammes, dose maxima.

II. — Valyl (Valérianate diéthylamide)

Le prof. Kionka (*Deutsch. Med. Woch.*, 1901, n° 49) s'est proposé d'étudier par voie expérimentale le principe auquel est due l'action essentielle de la valériane. Il résulte de ces recherches que l'administration de l'infusion des racines fraîches de valériane ou bien des divers produits extraits de cette racine détermine chez les animaux toujours la même action caractéristique. Ces expériences montrent de plus que le principe actif contenu dans la racine ou dans les extraits s'altère et se décompose facilement, ce qui explique l'action inconstante et variable de la valériane, signalée par des nombreux cliniciens.

Après des nombreuses recherches Kionka et Liebrecht arrivèrent à obtenir une préparation spéciale, le *Valérianate diéthylamide* qui, employée à dose minime, exerce l'action caractéristique de la valériane, action très marquée sur le système nerveux et l'état psychique.

Le valérianate diéthylamide (valyl) $CH_3 CH_2 CH_2 CH_2 CON (C_2 H_5)_2$ est un liquide clair, incolore, d'une odeur particulière, d'un goût fortement âcre; il bout à 210°. Les expériences sur des grenouilles et sur des animaux à sang chaud montrent que cette préparation agit sur l'état psychique en provoquant une excitation générale violente; elle agit sur le système nerveux central en déterminant une période de contracture à laquelle succède une paralysie généralisée qui frappe en dernier lieu le cœur; la paralysie ne s'observe que chez les animaux à sang froid, les autres succombent durant la période de contracture. Le cœur reste presque complètement intact chez les grenouilles; il résiste longtemps chez les animaux à sang chaud.

On observe par contre dès le début une action sur les vasomoteurs, une vasoconstriction de vaisseaux périphériques se traduisant par une élévation de la tension sanguine — plus tard les vaisseaux périphériques se dilatent d'où engorgement des organes et abaissement de la tension artérielle. L'action sur le sang et le

protoplasma est à peine appréciable; de même la respiration n'est point influencée par ce médicament.

Quant à son action locale, pris à l'état concentré, on ressent un goût âcre dans la bouche avec sensation de gonflement de la muqueuse buccale, qui empêche la déglutition et qui persiste longtemps après; cependant objectivement on ne constate aucune réaction inflammatoire. L'odeur constitue aussi un des inconvénients du valyl. C'est sous forme de capsules de gélatine contenant parties égales (0 gr. 125) de valyl et d'axonge que l'on peut l'employer sans aucun inconvénient; on peut en prescrire de 8 à 10 capsules par jour sans amener des complications.

Les observations de *Kast*, *Küstner*, *Pfannenstil*, *Eulenburg*, de *Klemperer* (*Therapie der Gegenwart*, 1902) et qui portent sur des centaines de cas montrent que le valyl est un remède précieux dans l'hystérie grave, dans la neurasthénie et l'hypocondrie; il donne aussi de bons résultats dans les névroses d'origine traumatique, les névralgies, la sciatique. Employé contre les troubles menstruels on put constater une disparition des douleurs abdominales quelquefois même arrête des ménorragies. Il rend aussi service dans les troubles nerveux de la ménopause et de la grossesse.

III. — Albargine

Pour obvier aux inconvénients des sels d'argent qui, en détruisant le gonocoque, provoquent en même temps une irritation plus ou moins intense de la muqueuse uréthrale, Liebrecht proposa le premier des combinaisons albuminoïdes d'argent; ces sels n'ayant pas la propriété de coaguler l'albumine pourraient par conséquent pénétrer plus profondément dans les diverses couches, dans les replis de la muqueuse uréthrale. On proposa ainsi une série de produits tels que l'*argonine*, le *protargol*, la *largine*, et si les résultats obtenus furent très satisfaisants par l'absence de l'irritation de la muqueuse, ils étaient cependant

inférieurs à ceux du nitrate d'argent, les sels albuminoïdes n'étant pas dialysables.

C'est pour écarter ce dernier inconvénient que l'on arriva à produire une combinaison de nitrate d'argent et de gélatose connu sous le nom d'*albargine*. C'est une poudre blanche jaunâtre, très soluble dans l'eau froide, la solution ayant une réaction neutre. Les réactifs des sels d'argent montrent que l'argent y est fixé comme dans les autres combinaisons albuminoïdes. En ajoutant une solution de sublimé à 1/10.000 le sel ne se décompose pas; il *dialyse* facilement; enfin un dernier avantage avec lequel il convient de compter en clientèle, c'est que, malgré le teneur considérable en argent (15 p. 100), son prix est inférieur à celui des autres sels d'argent. On emploie la solution à 2 p. 100 en injection quatre, cinq fois par jour que le malade fait lui-même. Si les phénomènes inflammatoires n'étaient pas très accusés, le médecin donnera dès le début un grand lavage par jour que le malade complétera par trois, quatre injections. Traitée ainsi, la gonorrhée disparait en moyenne plus vite que par de simples injections, car à l'action chimique se surajoute de plus l'action purement mécanique des grands lavages.

Cette action favorable obtenue par l'albargine varie suivant la période du processus blennorragique, suivant le nombre des infections antérieures. C'est dans les infections primaires que l'on obtient plus difficilement la disparition du gonocoque.

On observe, au contraire, des résultats très favorables dans les cas non compliqués et se présentant au traitement au cours de la deuxième période. Après deux ou trois lavages, qui n'amènent aucune réaction locale, le gonocoque disparaît, les sécrétions vertes deviennent blanches, crémeuses et diminuent de plus en plus. Si dans certains cas on put constater des complications glandulaires, ce n'est pas le médicament qui est à incriminer, mais il faut tenir compte de ce fait qu'entre le moment de l'infection et le moment où le malade arrive au traitement, il existe presque toujours un certain intervalle suffisant pour que le gonocoque puisse pénétrer dans les cryptes glandulaires et, n'étant

plus accessible aux lavages, il y persiste et devient ainsi le point de départ des infections secondaires. C'est par là que la blennorragie, malgré les nombreux remèdes, restera quand même une affection difficile à guérir.

BORNEMANN (*Therapie der Gegenwart*, 1901) appliqua le traitement par l'albargine dans 50 cas, dont 27 étaient des infections primaires. Sur 42 cas non compliqués il observa la disparition du gonocoque dans l'ordre suivant :

Après	1 jour	dans	2 cas
—	2	—	5
—	3	—	4
—	4	—	8
—	5	—	6
—	6	—	3
—	8 }		
—	9 }	—	1
—	10 }		
—	12	—	3
—	16 }		
—	18 }	—	1
—	29 }		
—	39 }		

CHRRELITZER (*Dermatologisches Centralblatt*, V jahrgang), publie les résultats de plus de 100 cas d'infections gonococciques traités par l'albargine et il conclut que ce nouveau remède tout en ne pouvant pas être considéré, comme moyen spécifique de la blennorragie, présente des grands avantages, car, en dehors de son action bactéricide, il permet une action sur les couches profondes par sa propriété de dialyser.

D'après cet auteur la durée de guérison varie entre 6 et 30 jours.

IV. — GUÏASANOL

Jusqu'ici on n'est point d'accord sur le mode d'action de la créosote dans la tuberculose : tandis que les uns prétendent

qu'elle agit directement sur le bacille tuberculeux, d'autres maintiennent que c'est surtout comme stomachique, en favorisant la digestion stomacale et l'absorption intestinale, que la créosote rend des services appréciables; cependant les observations sont nombreuses qui relèvent des troubles gastriques, des vomissements, parfois même de la gastro-entérite et certains phénomènes toxiques à la suite de la médication créosotée.

Aussi les recherches chimiques furent-elles dirigées de façon à ramener les phénols purs de la créosote — le *créosol* et le *gaïacol* — dans le groupe des *phénol-éther* en remplaçant un hydroxyle par un groupe acide qui, introduits dans l'économie, ne provoqueraient point des troubles gastriques comme la créosote et qui, sous l'influence des sécrétions intestinales alcalines, mettraient en liberté leur phénol.

Parmi ces substances il faut signaler le benzosol, le duotal, créosotal, styrasol, éosol, géosol, etc., qui, tout en n'étant point solubles, semblent cependant remplir plus ou moins le but recherché.

Mais comme les observations démontrent que c'est surtout l'introduction en grande quantité des phénols créosotés qui agit favorablement sur l'organisme atteint de tuberculose, on avait tout intérêt à obtenir un dérivé soluble tel qu'il fut présenté par le prof. Einhorn (*Munch. medic. Wochenschr.*, 1900, n° 1) sous le nom de *Guïasanol.*

Ce produit, un chlorure-diéthylglycocol de la formule :

$$C_6H_4 \begin{cases} OCH_3 \\ O\text{-}CO\text{-}CH_2N(C_2H_5)_2HCl \end{cases}$$

est un sel cristallisé en prismes blancs, facilement soluble, d'une odeur rappelant vaguement celle du gaïacol, de goût amer.

En faisant agir un carbonate alcalin, il met en liberté le diéthylglycocol-gaïacol sous forme d'une huile basique.

Des expériences de Heinz qui administra des doses considérables de ce produit à des lapins il résulte que le guiasanol n'est point toxique, que les solutions à 2 p. 100 ne sont point irritantes, que les solutions à 10 p. 100 provoquent une réaction nette au niveau de la muqueuse saine, mais elles ne la détruisent pas et ne déterminent aucune modification pathologique. A l'aide des réactifs on arrive à isoler des urines des animaux expérimentés des quantités de gaïacol pur.

Les recherches du prof. Buchner montrent que les solutions à 1 p. 50 et 1 p. 100 empêchent la culture des germes pathogènes, les solutions faibles restent inactives ; par sa valeur antiseptique le guïasanol correspond à celle de l'acide borique. Il possède de plus une légère action anesthésique.

Le guïasanol, étant la seule préparation du gaïacol facilement soluble et non toxique, devient par ses propriétés antiseptiques un médicament précieux tout indiqué dans le traitement de la tuberculose. Administré à doses de 3 à 12 grammes par jour, par voie buccale ou en injections hypodermiques, on n'observa aucun trouble gastrique : l'appétit se releva de façon à ce que les malades non soumis à une cure de suralimentation augmentèrent de poids; on constata aussi une amélioration des lésions des sommets. L'absorption des grandes doses de gaïacol favorise aussi le traitement des lésions tuberculeuses du larynx.

Le guïasanol s'emploie avec succès dans l'ozène, dans les stomatites; il agit comme désinfectant et désodorant dans les carcinomes fétides, les sarcomes, dans les infections vésicales, les cystites fétides.

Enfin, par ses propriétés anesthésiques, il rend des services dans les lésions superficielles de l'œil, dans les conjonctivites chroniques.

V. — Hétol

H. Gidionsen (*Deutsch. Archives für Klinische Medicin*, 1901, Bd. LXIX, H. 3-4) rapporte 12 cas de tuberculoses pulmonaire

traités par des injections intraveineuses de hétol. D'après cet auteur les résultats locaux obtenus par ce traitement ne diffèrent en rien de ceux que l'on constate chez des malades soignés dans les sanatoria sans application du traitement par le hétol; quelquefois même le traitement amène une aggravation du processus local et de l'état général du malade, en même temps qu'il survient des hémoptysies. Les injections de hétol n'amènent aucune réaction locale; elles n'agissent point sur les lésions tuberculeuses; dans certains cas on put constater une diminution du poids.

Par contre, d'après les données de Franck (*Therapeutische Monatshefte*, 1901, H. 12) qui employa les injections intraveineuses de hétol depuis 1 p. 100 à 3 p. 100 et 5 p. 100, trois fois par semaine, il résulte que sous l'influence de ce traitement il se produit une amélioration de la nutrition générale, amélioration surtout très marquée dans les cas non compliqués.

Les tuberculeux avec complications (les infections mixtes) réagissent moins favorablement. Le traitement dure en général de 6-8 semaines et, durant cette période, on observe une amélioration des symptômes locaux, la toux diminue, la température s'abaisse à la normale, les sueurs nocturnes disparaissent. L'hémoptysie ne doit être considérée comme contre-indication au traitement.

Sur 13 cas de tuberculose, Franck compte 8 améliorations appréciables.

Braunstein (*Klinichseky Journal*, 1901) fit une série d'expériences sur des animaux pour préciser l'action des injections de hétol dans la tuberculose. C'est dans le même but qu'il emploie des injections à 5 p. 100 sur 4 malades tuberculeux, le nombre des injections varie de 9 à 42. Il résulte de ses expériences que le hétol ne modifie en rien la tuberculose expérimentale des cobayes, qu'elle soit localisée ou généralisée. De même on ne constate aucune diminution dans la virulence des bacilles des crachats des malades traités par les injections de hétol; cependant ces crachats diminuent; de purulents qu'ils étaient ils

deviennent muqueux, l'appétit s'améliore et les sueurs nocturnes diminuent. On ne put observer aucune modification favorable dans les lésions pulmonaires.

VI. — Pegnine

Ce qui constitue le grand inconvénient de l'allaitement artificiel par le lait de vache c'est la coagulation des gros flocons de la caséine dans l'estomac des enfants.

C'est pour empêcher la formation de ces flocons que von Dungern (*Munch. medic. Wochenschrift*, 1900, n° 48) propose de modifier le lait de vache par l'emploi de pegnine, poudre spéciale, un labferment stérile, qui possède la propriété d'amener une coagulation fine de la caséine du lait de vache en lui apportant en même temps de la lactose, ce qui le rapproche du lait de femme.

Le procédé de von Dungern, modifié par Siegert (*Munch. medic. Wochensch.*, 1901, n° 29), consiste à faire bouillir le lait de vache et, après l'avoir réduit à la température du corps, on le met en bouteille et on ajoute une pointe de couteau de pegnin, pour 200 grammes de lait ; on place la bouteille dans l'eau chaude à 40° et au bout de 5 à 10 minutes, il se produit une coagulation. Il suffit alors de secouer fortement la bouteille pour que les flocons deviennent à peine visibles.

Le lait ainsi traité, donne des résultats remarquables non seulement chez les nourrissons sains, mais même chez des adultes atteints d'affections gastriques et qui ne digèrent pas le lait de vache.

VII. — Chininum Lygosinetum

Ce corps appartient au groupe des Lygosinates, que le prof. Fabinyi obtint synthétiquement de l'aldéhyde salicylique et de la quinine. — C'est une poudre fine, jaune orange, presque insoluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool, la benzine et le chloroforme. Il a un goût amer et une légère odeur aromatique.

Les recherches bactériologiques montrent que ce produit exerce des propriétés bactéricides, sans amener des phénomènes toxiques chez les animaux en expérience.

Le Dr Hevesi (*Centralblatt f. chirurgie*, 1902, no 1) publie les résultats qu'il obtint en se servant pendant 18 mois de cet antiseptique en poudre, en gaze imprégnée, en solutions glycérinées et sous forme d'emplâtre. — Les applications de la poudre dans les cas de blessures, des lésions gangreneuses et suppurées, dans les tumeurs cancéreuses amena partout une modification des sécrétions fétides et abondantes en suppuration inodore et moins prononcée en même temps que le fond sale de la plaie se transforma en une surface de granulation rouge. Il obtint ainsi des résultats très favorables, des guérisons complètes en appliquant soit la poudre, soit une solution glycérinée à 10 p. 100 dans les caries osseuses, dans les suppurations ganglionnaires du cou, de l'aisselle, de l'aine. Enfin, ce sel constitue un hémostatique précieux dans les vastes hémorragies parenchymateuses sans présenter les inconvénients des autres styptiques, tel que le perchlorure de fer qui amène une mortification de la surface de la plaie.

L'application des doses élevées ne provoque aucun phénomène toxique, aucune irritation locale.

VIII. — Peroxoles

Prof. Beck (*Deutsche Aerzte Zeitung*, 1902, no 40) étudie sous le nom des *peroxoles* un groupe des liquides antiseptiques qui contiennent de l'eau oxygénée en combinaison avec d'autres produits désinfectants.

La composition chimique des peroxoles est la suivante :

Alcool	33 à 38 p. 100
Eau oxygénée pure	3 —
Menthol, thymol ou camphre	1 —

et c'est suivant le choix de cette dernière substance qu'on l'appelle *thymosol*, *menthosol* ou *camphorosol*. Comme le démontrent

les observations de Beck, l'association de ces désinfectants à l'eau oxygénée augmente de beaucoup les propriétés antiseptiques de cette dernière. Il se servit ordinairement d'une solution aqueuse de 10 p. 100 de peroxol qui correspond à une solution à 1 p. 100 de sublimé et agit plus énergiquement que l'acide phénique à 5 p. 100. — Les expériences sur des animaux démontrent la non-toxicité de ces produits.

Appliqué sur des plaies cutanées, des brûlures, on observe une prolifération de bords granulés et une cicatrisation rapide. — Les peroxoles agissent comme désodorants dans les ulcères, les abcès fétides. — On peut se servir de la solution à 10 p. 100 pour la désinfection de la peau dans les injections hypodermiques.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies du cuir chevelu, prophylaxie et traitement, par le Dr Gastou, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-16 de 96 pages, une figure, cartonné (*Actualités médicales*) : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le but du livre de M. Gaston est de donner un aperçu rapide des maladies du cuir chevelu, d'en décrire l'hygiène préventive, la prophylaxie et le traitement, en basant sur les données scientifiques cette étude d'utilité pratique.

La calvitie peut être la conséquence de chute de cheveux en apparence spontanée, sans phénomènes locaux, antérieurs ou concomitants; c'est alors l'alopécie passagère ou persistante. D'autres fois, la chute des cheveux est précédée d'une desquamation abondante sèche — vulgairement appelée pellicules — ou d'une sécrétion grasse, formant un enduit visible sur la tête, les affections qui produisent cet état ont été groupées sous le nom de séborrhées.

Enfin, l'enduit qui recouvre le cuir chevelu peut être formé par des amas de croûtes, résultant d'une suppuration plus ou moins apparente, produite par des affections que l'on peut grouper sous le nom de pyodermites. Alopécies, séborrhées, pyodermites, telles sont les trois grandes divisions d'étude. De ce groupement, M. Gastou a séparé les affections parasitaires et les dermatoses, rentrant soit dans une des trois divisions,

quelquefois même, par le fait de leur évolution, successivement dans les trois et se caractérisant nettement, soit par leurs parasites, soit par leur extension au tégument.

Le volume se termine par un formulaire cosmétique (lotions et frictions, pommade, huiles brillaatines, teiatures).

L'étude du cuir chevelu n'intéresse pas seulement l'individu, mais la société : la pelade, les teignes, certaines folliculites pyogènes peuvent être transmissibles et créer des épidémies. Leur connaissance doit être vulgarisée dans l'intérêt de la prophylaxie sociale.

La Lécithine, son emploi thérapeutique chez les vieillards, par le Dr Amiés. In-8, 60 p. : 2 fr.

La thérapeutique s'est toujours efforcée d'intervenir pour restituer à la cellule malade les éléments que lui enlevait une désassimilation pathologique. Le rôle importaat que joue le phosphore daas la constitution de la cellule vivante a fait diriger spécialement les recherches du côté des combinaisons orgaaiques de ce corps. Or le phosphore existe en grandes proportions dans la nature sous une forme parfaitement assimilable : c'est celle des lécithines.

Il est donc tout à fait rationnel de donner à la lécithine un rôle thérapeutique dans les cas de troubles de la nutrition générale : elle paraît appelée à jouer un rôle tout à fait favorable dans la thérapeutique des diverses affections de la vieillesse, ea rendant à l'organisme usé une vitalité nouvelle.

C'est ce que le Dr Amiés établit dans son travail : après avoir étudié l'histoire de la lécithine, sa constitution chimique et son rôle physiologique, il relate les résultats cliniques qu'il a pu obtenir chez le vieillard sous l'influence de la lécithine.

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par le Dr J. Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-16 de 495 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le livre de M. Schmitt s'adresse aux étudiants et aux praticiens qui, pris dans l'engrenage des occupations professionnelles, n'ont ni les moyens de parcourir toutes les publications spéciales, ni le loisir d'étudier de volumineux ouvrages.

N'envisageant que le côté purement pratique de la question, M. Schmitt a résumé d'une façon aussi claire que possible, les méthodes nouvelles du diagnostic et présente, dans un ordre logique, les indications thérapeutiques générales découlant de nos eonaaissanees actuelles sur les causes, la pathogéaie et l'évolution des maladies infectieuses.

Le livre est divisé en trois parties :

La première partie résume les notions générales sur les deux facteurs de la maladie infectieuse : le microbe et l'organisme.

La seconde partie est consacrée au diagnostic général des maladies infectieuses. M. Schmitt glisse sur les signes cliniques habituels, sur l'examen actuel du malade pour accorder une plus large part aux procédés nouveaux anatomo-pathologiques, bactériologiques et biologiques.

C'est ainsi que l'on trouvera dans ce volume l'examen du pus, du sang (hémo-diagnostic), des sérosités et du liquide céphalo-rachidien (cyto-diagnostic), la cryoscopie, puis l'examen bactériologique des produits pathologiques, l'emploi de la tuberculine et de la malléine, le séro-diagnostic, la diazoréaction, le chimisme respiratoire, etc. Mais loin de mettre au second plan les méthodes séméiologiques anciennes, il montre que les seules ressources de l'observation clinique suffisent en général à établir le diagnostic des maladies infectieuses et que les procédés nouveaux, plus délicats et plus compliqués, mais non plus scientifiques, servent surtout à ranger dans le groupe des infections certaines maladies que l'ancienne médecine avait classées ailleurs ou à apporter un élément de certitude là où la clinique peut avoir quelque hésitation.

Enfin la troisième partie traite de la prophylaxie et de la thérapeutique générales des maladies infectieuses. On y trouvera tout d'abord l'étude des antiseptiques médicamenteux et le rôle antiseptique de certains moyens mécaniques et physiques (Photothérapie), puis les procédés d'immunisation et la sérothérapie, enfin l'exposé des moyens destinés soit à soutenir la résistance organique, soit à stimuler l'activité cellulaire, soit à désintoxiquer l'organisme. Le volume se termine par l'étude des médications antithermique et antiphlogistique.

Maladie de la voix, par André Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris, médecin adjoint à l'institution des sourds-muets de Paris, 1 vol. in-8° cavalier de 34 pages, avec 49 figures (C. Baud, éditeur, 3, rue Racine, Paris), broché Prix 7 francs.

Précis d'hygiène pratique générale et spéciale, par le Dr Bonnardière, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth. (Un vol. in-12 de 250 pages, Lyon, Storck, éditeur).

Chirurgie des centres nerveux, des viscères et des membres, par le Dr Jaboulay, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, t. I. (Un gros vol. in-8° de 400 pages. Storck et O. Doin, éditeurs, Paris-Lyon, 1901).

Ce livre est conçu sur le modèle que tendent de plus en plus à adopter les chirurgiens, c'est-à-dire qu'il représente un recueil de faits, de documents opératoires, publiés avec un grand luxe de détails et permettant au lecteur spécialiste lui-même de tirer profit des expériences faites par l'auteur.

Nouveau procédé pour la cure radicale des varices, par le Dr Demars.

L'hypotension artérielle et sa valeur clinique dans les états toxiques et infectieux, par le Dr G. Reynaud. (1 plaquette in-8 de 92 pages, J.-B. Baillière, éditeur.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Un nouvel antiseptique intestinal, la formine. — Lœbisch (*Wiener. med. Presse*, 7 juillet 1901) a constaté que la formine (hexaméthylentétramine) était un excellent désinfectant intestinal.

L'urine d'un homme, qui avait pris de 7gr 5 à 15 grammes de formine, *pro die*, pour soigner une uréthrite postérieure, ne contenait pas d'indican. Le degré de putréfaction intestinale peut être évalué à l'aide du rapport de Baumann qui exprime, on le sait, la relation qui existe entre les sulfates préformés et les acides éther-sulfuriques fixes, excrétés dans l'urine. L'indican est un dérivé de l'indol (benzo-pyrrol) qui avec le skatol (méthyl-indol) est un produit de la décomposition bactérienne de la tyrosine. Les éthers sulfuriques ou mieux les éthers-sulfates proviennent des produits toxiques provenant de la décomposition bactérienne des radicaux aromatiques des albumines tels : le paracrésol, le phénol, l'indol, le skatol, l'indoxyl et le skatosxyl. Un grand nombre d'expériences exécutées par l'assistant le l'auteur et par l'auteur lui-même montrent qu'avec un régime normal les acides indoxyl-sulfuriques excrétés dans l'urine sont fortement diminués et même supprimés si on donne 2 grammes de formine, *pro die*. L'auteur trouve que cette base est supérieure en tant que désinfectant intestinal aux autres substances ordinairement employées, le crésol, l'acide phénique, le naphtol, le thymol, etc. La formine présente l'avantage de n'être pas toxique. Etant très soluble dans l'eau, elle est préférable au salol et aux plus récents antiseptiques intestinaux tels que le résaldol et l'aspirine.

Maladies du système nerveux.

Le cacodylate de soude dans la chorée. — On sait que la médication arsenicale donne de bons résultats dans cette maladie, à la condition d'être donnée d'une façon intensive.

Le cacodylate de soude, qui est toléré par l'organisme à des doses très élevées, était donc indiqué dans ce cas.

M. Lannois (*Lyon médical*, 27 janvier 1901) l'a administré par la voie hypodermique à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 04 par jour pendant quinze jours. Après un repos de quatre à cinq jours il recommence aux mêmes doses.

On pourrait également prescrire des pilules de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 par jour avec un repos de trois à quatre jours par semaine.

Gynécologie et obstétrique.

Traitement opératoire des collections purulentes des annexes de l'utérus. — Maude et Burger (*Archiv f. Gynäk.*, 1901, vol. 44, p. 1) ont employé les opérations suivantes :

1° Ablation des annexes par la laparatomie;

2° Ablation de l'utérus et des annexes par la laparotomie;

3° Ouverture et drainage des cavités purulentes par voie abdominale;

4° Ablation de l'utérus et des annexes par voie vaginale;

5° Ablation des annexes d'un côté seulement par voie vaginale;

6° Ouverture et drainage des cavités purulentes par le vagin.

L'expérience des auteurs les a conduits aux conclusions suivantes :

1° Toute opération, ayant pour objet d'enlever le pus dans les annexes, doit être conduite par voie vaginale.

2° On ne devrait pas pratiquer la double salpingo-oophorectomie pour les maladies suppuratives des annexes. Cette opération a les inconvénients de la laparotomie sans en posséder les avantages incontestables.

3° On doit recourir à la laparotomie pour pratiquer l'ablation des annexes d'un seul côté, quand les annexes que l'on laisse sont dans un état parfait de santé.

4° L'opération abdominale radicale doit être entreprise dans les cas seulement où il est impossible d'enlever les organes malades par voie vaginale.

5° L'opération radicale vaginale est la meilleure à employer à la fois dans les cas de suppurations bilatérales des annexes et dans les cas unilatéraux dans lesquels les annexes du côté opposé sont atteints de changements atrophiques. Cette opération a donné aux auteurs les meilleurs résultats.

6° L'extirpation par voie vaginale des annexes d'un côté, conservant l'utérus et les annexes du côté opposé, ne doit être pratiquée que lorsque ces annexes du côté opposé sont complètement saines et quand on est absolument certain que le pus a perdu toute sa virulence.

7° L'incision vaginale avec drainage des collections purulentes ne doit être pratiquée que dans un petit nombre de cas bien définis par les circonstances.

8° L'incision abdominale est dans le même cas et ne doit être pratiqué que dans les cas où la collection purulente est très facile à atteindre par la paroi abdominale et qu'elle est la voie la plus simple pour y arriver.

Maladies de la peau

Le formol dans le favus. — SOLOWIEFF, médecin militaire russe (*Klin. thérap. Wochens.*, n° 48, 1901), a employé avec succès la formaline dans des cas de favus. On commence par mettre sur la tête malade un mélange d'une partie d'acide phénique et de trente parties d'huile d'olive; puis on entoure la tête pendant la nuit avec des compresses imbibées avec 3 0/0 d'acide borique. Quand le cuir chevelu est aussi débarrassé des croûtes, on badigeonne les endroits malades à l'aide d'une solution de formaline à 10 ou 15 0/0, suivant la gravité des cas. Sous l'influence de cette médication, on voit une rapide amélioration se produire. Les croûtes ne se reforment pas. La peau reprend son aspect normal. Les cheveux commencent à repousser. L'auteur a traité avec succès 12 malades en leur faisant subir cette médication fort simple.

FORMULAIRE

Daus le numéro du 23 juin, page 902, nous avons donné la formule suivante :

Sirop de dentition

Acide citrique.......................	0 gr. 50
Eau distillée........................	0 » 50
Chlorhydrate de cocaine.............	0 » 10
Sirop de sucre.......................	10 »
— de safran...........	10 »
Teinture de vanille..................	XII gouttes

Nous faisions suivre de la mention : « Cette préparation correspond aux spécialités dénommées : *sirop Delabarre et sirop de dentition Houdé*. »

Nous recevons à ce propos de notre excellent confrère le docteur Fumouze, le préparateur du sirop Delabarre, une rectification. Le sirop Delabarre est ainsi constitué :

Sirop de safran.............................	100
— de tamarin...........................	100

cette préparation ne contient ni opium, ni cocaine, ni bromure de potassium. Plusieurs fois, en effet on a publié des formules diverses pour ce produit en y ajoutant ces divers médicaments actifs, or, la préparation ne contient et ne doit contenir sous peine de danger aucune substance toxique, il est donc très important de bien faire ressortir ce fait.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e Arrt.



Les migrations de la chique. — La lutte contre la tuberculose. — Absorption facile de l'huile de ricin. — Échelle de l'envie professionnelle. — Le sérum leucolytique. — Les avantages et les inconvénients du tabac. — Rapports de la scarlatine et de la tuberculose. — Ancienneté de l'appendicite.

La chique, originaire de l'Amérique, a été introduite pour la première fois en Afrique, en septembre 1872, par l'intermédiaire d'un lest de sable transporté du Brésil dans la colonie portugaise d'Angola, sur la côte occidentale d'Afrique. M. Blanchard a signalé son introduction récente dans la région nord-ouest de Madagascar, de Nossi-Bé et dans les îles voisines. Elle a été importée par les tirailleurs sénégalais et haoussas. Grâce au caractère sablonneux du sol, elle se multiplie et se propage avec une extrême rapidité. Les indigènes et les Européens qui habitent les contrées envahies, ignorant encore les mœurs de ce parasite et les moyens de l'éloigner, se laissent attaquer par lui et présentent des accidents souvent très graves.



Le Conseil municipal de Lisbonne vient de prendre un arrêté interdisant de cracher dans les voitures publiques sous peine d'amende. Ce qui distingue ce nouvel arrêté, c'est que le conducteur est tenu pour responsable, et c'est lui qui doit payer l'amende, à moins qu'il ne puisse prouver qu'il a prévenu un agent de police et que celui-ci a refusé de dresser procès-verbal.

***

Un des meilleurs moyens pour masquer le goût désagréable de l'huile de ricin consiste pour M. F. Lafforgue à l'absorber incorporée dans un lait de poule.

Emulsionner la dose d'huile de ricin dans un jaune d'œuf; une fois le mélange bien homogène, ajouter : eau tiède, 200 grammes ; sucre, 20 grammes ; eau de fleurs d'oranger, 10 grammes. Bien mélanger le tout.

Non seulement le goût d'huile de ricin a disparu totalement, ainsi que la sensation onctueuse de corps gras, mais on a encore un breuvage agréable, ce qui n'est pas à dédaigner dans la thérapeutique des enfants et même de certains adultes à estomac intolérant.

***

Le signor Ferriani, philosophe italien, s'est amusé à dresser une échelle de l'envie professionnelle où il met les médecins en très bonne place, puisque à ce sujet il ne les croit dépassés que par les comédiens. Comptant les degrés de 1 à 10, tout au bas de l'échelle sont les architectes avec le n° t, puis viennent avec le n° 2 les prêtres. les avocats et les militaires. Les professeurs de sciences et de littérature occupent l'échelon 4 ; les journalistes le 5e ; les auteurs le 8e ; les médecins le 9e et les comédiens le 10e. Dans le clergé l'envie ne s'observerait guère que chez les prédicateurs ; chez les militaires, l'envie sommeillerait en temps de paix, mais pour se réveiller en temps de guerre. Elle rend les hommes de sciences ou les gens de lettre solitaires et défiants. Quant aux médecins, l'envie les porte à médire les uns des autres. Dans le monde des théâtres, l'envie, d'après Ferriani atteindrait sa forme la plus aiguë, la vanité était le principal facteur de cette acuité.

***

En écrasant dans l'eau salée un paquet de ganglions extraits d'un malade affecté de *leucémie lymphatique*, Frank aurait obtenu un sérum leucolytique. Après cinq injections faites dans le péritoine du lapin, il constata que le sérum de cet animal détruisait les leucocytes du sang du malade affecté de leucémie, tandis que le sérum du lapin normal n'avait aucune action. Aussitôt après le mélange, les leucocytes devenaient transparents, puis disparaissaient. Les premiers détruits étaient les lymphocytes (en 6 à 8 heures); les polynucléaires résistaient plus longtemps (12 heures).

***

Si le tabac exerce une influence néfaste sur l'estomac, le cerveau et le cœur des grands fumeurs, il semblerait que ses émanations en nature sont favorables à l'organisme puisque les ouvriers des manufactures jouiraient d'une véritable immunité contre les maladies épidémiques ou non épidémiques. On dit que depuis cinquante ans, on n'a pas constaté un seul cas de variole parmi les cigariers et les cigarières de Londres et de Liverpool. Il n'y a pas lieu de s'étonner si les susdits cigariers et cigarières avaient été, comme c'est probable, vaccinés et revaccinés. Que le tabac ait des inconvénients c'est certain, qu'il ait des avantages c'est plus problématique.

***

Le prétendu antagonisme de la scarlatine et de la tuberculose que Rilliet et Barthez avaient signalé n'existerait pas, ces deux maladies étant susceptibles de s'associer ou de se succéder suivant des modes variés. Il résulte des cinq observations que M. Simonin a présentées à la *Société médicale des hôpitaux* que la scarlatine, survenant chez un tuberculeux en évolution, peut tantôt garder elle-même un caractère bénin, tout en provoquant de

nouvelles poussées de granulations, tantôt revêtir un caractère malin. Celui-ci, dans un certain nombre de cas où la tuberculose est ancienne et parfois même assoupie, paraît résulter d'altérations du foie dues à une imprégnation tuberculeuse ancienne. Le virus scarlatineux provoquerait aisément chez de pareils sujets l'insuffisance aiguë des fonctions antitoxiques du foie et la mort rapide par une véritable intoxication.



Rien de nouveau sous le soleil, pas même l'appendicite! Pour M. Lannelongue il ne paraît pas douteux que l'Égypte des Pharaons en ait présenté des exemples. Sur l'une des momies de la XI[e] dynastie, c'est-à-dire il y a cinq mille ans environ, dit-il, qui a été étudiée par le D[r] Fouquet, au point de vue du tatouage et des scarifications comme méthode de traitement des maladies des os et des séreuses, on voit des séries de lignes ondulées dans chacune des fosses iliaques indiquant que le sujet était traité pour une péritonite aiguë dont il présente les marques. Or l'examen de cette momie a montré qu'elles étaient plus accentuées du côté droit, ce qui porte à croire que la péritonite dont est morte cette jeune fille ou jeune femme était d'origine appendicitaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique (1),

par Albert Robin,
de l'Académie de Médecine.

V. — Traitement de la bronchite chronique avec emphysème

I

Voici un malade atteint d'une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. Dès le moindre mouvement, il est oppressé; il lui est impossible de monter un escalier. La nuit, il se réveille en proie à une grande dyspnée. L'expectoration est extrêmement abondante; elle remplit plusieurs crachoirs.

Vous pouvez constater, en examinant le sujet, les signes caractéristiques de l'*emphysème* : déformations du thorax, modifications du murmure vésiculaire, etc., sur lesquels je n'insisterai pas.

Mais il existe un élément surajouté qui domine la scène : c'est la *bronchite*. Elle est la cause de la dyspnée intense qui

(1) Recueillie et rédigée par le Dr Bertherand, assistant du service.

fait tant souffrir le malade et qui se révèle à l'inspection du thorax par le tirage sus-sternal. Auscultez la poitrine, elle est remplie de râles humides; aux deux bases, vous entendrez des râles muqueux et sous-crépitants.

Notre homme est donc un emphysémateux avec catarrhe humide et expectoration abondante. Cette forme de bronchite est à bien distinguer du catarrhe sec, dont le traitement diffère complètement.

Enfin, ce malade est *artério-scléreux*. Cette affection coïncide souvent avec l'emphysème. Les artères sont dures, rigides, en tuyau de pipe, suivant l'expression consacrée; il n'est point besoin du sphygmomanomètre, pour constater qu'il existe de l'hypertension artérielle. Cette sclérose vasculaire se traduit à l'auscultation de la base du cœur; vous entendez une accentuation très nette du deuxième bruit de l'aorte.

Mais il y a aussi de l'hypertension veineuse; car les jugulaires sont saillantes et distendues; il en est de même aux membres inférieurs, sur lesquels se dessinent des varices.

Le foie déborde les fausses côtes; au premier abord, il semble congestionné, mais il est plutôt abaissé par les poumons emphysémateux. Les urines renferment de l'albumine en petite quantité, indice d'un début de *sclérose rénale*.

Si nous dissocions la maladie dans ses éléments morbides, nous nous trouvons donc en présence d'un homme emphysémateux, avec bronchite humide et expectoration abondante, atteint d'un début d'artério-sclérose, avec des traces d'albumine dans l'urine.

Ce qui domine surtout ici, c'est l'emphysème; mais l'élément aigu est la bronchite, avec expectoration.

II

La première indication est donc le traitement de la bronchite; en second lieu, celui de l'emphysème, car un emphysémateux est toujours en état d'opportunité morbide pour la bronchite; enfin, celui de l'artério-sclérose.

A. — Habituellement, contre la bronchite, on se contente de faire de la révulsion au moyen de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés, et de donner quelques opiacés.

Le traitement le meilleur consiste dans l'administration d'un *vomitif.* Le malade éprouvera un soulagement immédiat, une atténuation des symptômes douloureux et de la dyspnée.

Aujourd'hui les vomitifs sont abandonnés, de même que la saignée et les vésicatoires. Les médecins craignent de les prescrire à des artério-scléreux, à cause de la fragilité de leurs vaisseaux. J'ai été pendant sept ans médecin de l'Hospice des Ménages, où j'ai usé *largâ manu*, des vomitifs chez les vieillards (les moins âgés avaient 75 ans); je n'ai jamais hésité et jamais je n'ai eu d'accident.

Les vomitifs réalisent le curage des bronches, qu'ils désobstruent; sous leur influence, l'estomac et les bronches se vident.

Mais cette action mécanique n'est pas leur seul rôle. Ainsi que je l'ai montré avec Maurice Binet, ils agissent sur le chimisme respiratoire. Après un vomitif, la ventilation pulmonaire augmente ; la quantité d'oxygène total consommé, celle de l'oxygène absorbé par les tissus, et celle de l'acide carbonique produit sont doublées, quelquefois même triplées.

Or, ces malades souffrent d'une insuffisance d'absorption d'oxygène, puisque leur champ d'hématose est diminué par suite de l'encombrement des bronches; il n'est pas difficile de comprendre le bien-être qu'ils ressentent aussitôt.

J'emploie l'*ipéca* seul, lorsque j'ai affaire à des enfants. S'il s'agit d'un adulte ou d'un vieillard, je l'associe au *tartre stibié* et je formule ainsi :

Poudre d'ipéca........................	1 gr.	50
Tartre stibié..........................	0 »	05

Diviser en trois paquets; prendre un paquet dans un demi-verre d'eau tiède, de quart d'heure en quart d'heure.

Le malade redoute surtout les efforts de vomissements qui se produisent dans l'estomac à vide. Afin de les prévenir, dès la moindre nausée, il doit avaler un verre d'eau tiède.

Après le vomitif, ainsi que je vous l'ai déjà dit, le soulagement est immédiat, la respiration se fait plus facilement, l'expectoration est moins abondante; s'il est nécessaire, vous pouvez recommencer le traitement les jours suivants. Pour juger de l'effet produit, vous vous baserez sur la température. Ces malades ont en général de petites élévations thermiques chaque soir. La fièvre monte aux environs de 38°, symptomatique de l'infection bronchique. Après le vomitif, la température redevient normale; si elle remonte, il y a indication de recommencer le traitement.

Les jours suivants, vous faites de la révulsion au moyen de *ventouses sèches*.

B. — A cette période, deux médications sont à remplir, soit que le malade tousse peu, soit qu'il ait une toux sèche, quinteuse, fatigante.

1° Le malade tousse peu. Cette toux est utile; elle facilite

l'expectoration. Afin de fluidifier les sécrétions bronchiques, j'emploie les préparations antimoniées, en particulier l'*oxyde blanc d'antimoine* à la dose de 1 gramme.

Je fais une potion ainsi composée :

Oxyde blanc d'antimoine........	1 gr.
Sirop d'ipéca....................	10 à 20 gr.
Alcoolature de racines d'aconit...	XV gouttes.
Sirop diacode....................	20 gr.
Teinture de noix vomique........	X gouttes.
Eau de laurier-cerise............	10 gr.
Eau de tilleul...................	120 »

Tous ces médicaments associés ont des actions diverses qui se combinent, sans se nuire. L'*oxyde blanc d'antimoine* et le *sirop d'ipéca* fluidifient les sécrétions bronchiques, rendent l'expectoration plus facile; l'*aconit* et le *sirop diacode* agissent, comme dessiccateurs. La *noix vomique* excite les contractions des muscles bronchiques; l'*eau de laurier-cerise* masque le goût de la potion; l'*eau de tilleul* sert de véhicule.

J'ai eu aussi de bons résultats avec la *dionine* :

Dionine..............................	0 gr. 20
Eau de laurier-cerise.................	10 »

De X à XX gouttes par prise, deux à quatre fois par jour.

Je l'associe souvent à la *terpine* :

Dionine..............................	0 gr. 01
Terpine..............................	0 » 20

Pour un cachet. — De 4 à 6 cachets.

2° Si l'expectoration est excessivement abondante, j'emploie les *lavements créosotés*, dont l'action est remarquable, car la créosote est un dessiccateur bronchique.

Afin de ne pas irriter l'intestin, je mélange la créosote à une *décoction de bois de Panama* :

Décoction de bois de Panama à 2 %........	90 gr.
Créosote de hêtre.......................	10 »

Émulsionner.

dont on mettra la valeur de une cuillerée à café à une cuillerée à soupe dans 100 grammes d'eau bouillie, pour un lavement à garder.

3° Le malade a une toux sèche violente, fatigante. Le meilleur calmant est le *bromoforme*, que j'associe à la *bryone*, à la *grindelia robusta* et à la *jusquiame*.

Bromoforme	XXX à XL	gouttes.
Teinture de bryone		
Teinture de grindelia robusta	ââ XXX	»
Teinture de noix vomique		
Teinture de jusquiane		
Alcool	25	gr.
Sirop diacode	75	»
Sirop d'écorces d'oranges amères	100	»

Le malade prendra deux cuillerées à soupe de cette potion, par jour, le plus loin possible des repas, afin de ménager la susceptibilité de son estomac : une le matin au réveil, la seconde, le soir en se couchant.

C. — Après avoir traité l'infection bronchique, nous nous adresserons à l'emphysème. Cette médication comprend trois parties :

1° La révulsion par la *teinture d'iode*, les *vésicatoires*, les *pointes de feu*, les *ventouses*.

2° L'arsenic à petites doses, sous forme d'*arséniate de soude*.

Arséniate de soude	0 gr. 05
Eau distillée	300 »

Une cuillerée à soupe avant le déjeuner et avant le dîner.

Je suis convaincu que l'*arrhénal* donnerait aussi d'excellents résultats. Il serait à essayer. J'associe à l'arsenic l'*iodure de potassium*, que je fais prendre pendant quatre jours, en alternant avec la solution d'arséniate de soude :

Iodure de potassium	5 gr.
Eau distillée	300 »

Deux cuillerées à soupe par jour.

3° Un troisième médicament, que je donne en même temps que l'iodure ou l'arsenic, c'est la *strychnine*, à la dose de 2 milligrammes par jour.

J'emploie une des deux formules suivantes :

Sulfate de strychnine................	0 gr. 02
Eau distillée........................	300 »

Une cuillerée à soupe de cette solution représente un milligramme; en prendre deux par jour.

Ou bien :

Teinture de fèves de Saint-Ignace..........	6 gr.
Teinture de chardon bénit................	3 »
Teinture d'ipéca..........................	1 »
Teinture de badiane......................	2 »

De V à VIII gouttes à la fin du déjeuner et du dîner.

D. — La dernière partie du traitement sera dirigée contre l'artério-sclérose.

Cette indication se trouve déjà remplie par l'emploi de l'*arséniate de soude*, l'*iodure de potassium* et la *strychnine*.

Enfin l'*hygiène alimentaire* jouera un grand rôle, comme préventif des accidents que la sclérose artérielle pourrait provoquer. Le malade s'abstiendra d'alcool, de vin, de café, de bière. Le tabac lui sera interdit. Le régime lacté constituera la plus grande partie de son alimentation. Il sera des plus favorables, puisque l'urine renferme des traces d'albumine. Ainsi que l'a si bien montré mon ami Huchard, l'hypertension artérielle est augmentée par les aliments carnés. Ces malades doivent prendre peu de viande, seulement une fois par jour, au repas du midi; le soir, ils doivent être exclusivement végétariens, et même s'abstenir des œufs.

E. — Pour terminer, je vous dirai quelques mots du *traitement hydro-minéral* de ces états. Il a des règles bien nettes.

Si vous vous trouvez en présence d'une bronchite sèche, vous ordonnerez une cure au *Mont-Dore*.

Notre sujet a un catarrhe abondant; il lui faut des eaux sulfureuses. De plus il est artério-scléreux. L'indication se trouve complètement remplie par les eaux de *Saint-Honoré-les-Bains*, qui sont sulfureuses et arsenicales; elles auront ici une double action : sur la bronchite, par les sulfureux; sur l'emphysème, par l'arsenic.

En seconde ligne, je vous recommande les stations de *Luchon*, des *Eaux-Bonnes*, de *Cauterets*. La cure des Eaux-Bonnes est des plus efficaces, lorsque l'expectoration est très abondante. S'il existe en plus quelques troubles gastriques, vous conseillerez la source du Mauhourat, à Cauterets.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Le régime végétarien.

On a beaucoup discuté la question de savoir quelle alimentation, végétale ou animale, est la meilleure pour l'homme. Il y a une trentaine d'années, les hygiénistes et les médecins les plus en vue, frappés par les expériences de l'école de Munich, par les faits recueillis par Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, par Le Play, Boussingault et Hervé-Mangon, préconisaient la viande à haute dose, la viande saignante, « à l'anglaise ». Mais, depuis quelque temps, une réaction se produit et, aujourd'hui, à la suite des recherches et des observations de Maurel (de Toulouse), de Lapicque, de Huchard, de Robin et Bardet, on est porté à préférer le régime végétal, et cette préférence est surtout et ne peut être

basée que sur la quantité plus faible de matières toxiques que les substances végétales donnent par dédoublement dans l'organisme et, conséquemment, sur l'absence de surmenage du foie et des reins. Toutefois, cette toxicité plus faible, il faut savoir d'où elle provient, et se demander si cet avantage incontestable n'est pas compensé par de sérieux inconvénients. Les notions de diététique courante ont besoin d'être précisées, car elles sont d'une application facile pour tout le monde et il importe rigoureusement, pour en obtenir l'effet curatif ou préventif cherché, de bien saisir le mécanisme de leur action.

Remarquons tout d'abord que la discussion ne porte nullement sur le point de savoir si l'homme peut se nourrir exclusivement d'aliments végétaux. La question est depuis longtemps tranchée, non seulement par l'expérience des ordres monastiques, des pythagoriciens, des Américains prêcheurs et autres associations du même genre, mais encore et surtout par celle de populations entières vivant exclusivement de racines, de fruits, de céréales, comme ces Japonais de l'intérieur dont Baëlz de Tokio signalait récemment le régime très pauvre et la résistance singulière. Ce qu'il importe d'élucider, c'est si l'alimentation végétale présente des avantages physiologiques sur l'alimentation animale et si ces avantages peuvent conduire à des applications thérapeutiques satisfaisantes.

Le régime végétal a des avantages et des inconvénients. Examinons, en premier lieu, ses inconvénients.

L'homme, quoi qu'on en ait dit, n'est ni frugivore, ni herbivore par nature, comme le prouvent son système dentaire, qui est d'un omnivore, le développement de son pancréas et la longueur relativement courte de son intestin, qui conduit à une utilisation forcément très incomplète des aliments d'origine végétale. A la vérité, il peut y avoir adaptation progressive à ce genre d'alimentation. Tagushi a cité ce fait curieux que les Japonais exclusivement végétariens ont un intestin d'un cinquième plus long que celui des Européens, circonstance qui les rapproche un peu des herbivores et amène par suite, chez eux, une digestibilité

moins imparfaite de la nourriture végétale. Réciproquement, ces individus, adaptés physiologiquement et anatomiquement pour ainsi dire au végétarisme exclusif, ne supportent que difficilement la viande, témoins ces coureurs japonais que Baëlz cite. Dans ces sociétés à régime végétarien exclusif, comme certains ordres religieux d'hommes ou de femmes, il y a, on le sait, une période d'accommodation très pénible, et la mortalité assez élevée qui frappe les novices est en partie imputable au changement de régime et aux troubles digestifs qu'entraîne l'application brusque et rigoureuse du nouveau.

Ces troubles sont produits par la faible digestibilité des aliments végétaux et par le volume énorme de leurs déchets. La cellulose, en effet, qui constitue les parois des cellules dans lesquelles sont contenues les substances alimentaires, n'est guère attaquée par les sucs digestifs de l'homme, et il n'y a, par suite, à être atteintes par ces sucs, que les parties dont les parois cellulosiques ont été lacérées ou détruites. Les graines de légumineuses, si riches cependant en albuminoïdes, perdent 50 % de leurs substances azotées, indigérées et éliminées par les fèces, si on ne prend pas soin de les réduire, préalablement à la consommation, en farines ou en purées. Le pain lui-même, le bon pain blanc, donne un déchet qui dépasse souvent 10 % et qui peut atteindre, quand il s'agit de pain dit complet, de pain contenant du son, 25 %. Pour les herbes et les légumes herbacés, les fruits, les racines, que l'on ne peut réduire en farine et dont un certain nombre sont mangés crus, la quantité qui passe indigérée est beaucoup plus forte. Avec certaines salades, les radis, les concombres, elle va jusqu'à 70 % et ces aliments ne contiennent guère plus de 1 % d'albumine. On comprend dès lors quelle masse énorme d'aliments végétaux il faut ingérer pour couvrir la ration normale, quelle surcharge stomacale est la conséquence forcée de ce régime et quels troubles de la nutrition s'en suivent. Les cas de dilatation gastrique, d'insuffisance motrice de l'estomac, de diarrhée grave avec entérite et finalement de lientérie,

sont trop souvent le résultat d'une application trop brusque, trop complète du régime végétarien exclusif.

Il y a plus. Les expériences de Rosenheim semblent prouver que ce régime amène à la longue des lésions du tube digestif et du foie, au moins chez les individus qui n'y ont pas été de longue main et en quelque sorte héréditairement préparés. La critique de ces expériences montre que les accidents doivent être imputés surtout à la pauvreté des aliments végétaux en nucléines et en lécithines et à la nature spéciale de leur trame minérale. On est porté à admettre qu'il faut aussi faire intervenir la consommation d'énergie chimique nécessitée par les synthèses assimilatrices, plus grande évidemment quand il s'agit de faire du muscle humain avec du protoplasma de pomme de terre qu'avec de la myosine de bœuf.

Ainsi donc, au point de vue nutritif pur, le régime végétal exclusif, sans lait, œuf ni beurre, ne paraît guère présenter que des inconvénients, appliqué d'emblée à des gens qui n'y sont pas accoutumés. Dans beaucoup de maladies où il faut s'efforcer de relever la nutrition et d'exciter les fonctions assimilatrices, il est notoirement insuffisant et son application irraisonnée, sous l'empire d'idées trop exclusives, a pu conduire à des désastres. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les réactions humorales varient, avec le régime végétarien exclusif, plus ou moins sensiblement et ont une tendance à devenir neutres ou alcalines, l'urine notamment. Le chimisme gastrique lui-même est affecté, et, comme le chlore total augmente sans que la proportion des chlorures végétaux suive la même progression, il faut admettre qu'il y a hyperchlorhydrie, cliniquement masquée par la saturation des bases végétales, mais rendue nécessaire précisément pour conserver au contenu gastrique sa réaction normale.

Mais ces divers inconvénients constituent, dans certains cas, des avantages dont la thérapeutique use avec succès. Sans parler des idiosyncrasies, des propensions naturelles du goût, qui font que le régime végétarien réussit là où il devrait théoriquement échouer, on doit reconnaître que certaines dyspepsies hypersthé-

niques, ou par hyperesthésie de l'intestin, ou encore par atonie, avec constipation opiniâtre et coprostase, se trouvent très bien d'une nourriture végétale, parce qu'il y a saturation gastrique, ou parce que la masse indigérée des aliments végétaux détermine mécaniquement l'évacuation de l'intestin, excite et rétablit le péristaltisme et triomphe de la constipation. Comme conséquence de cette modification, on voit, chose en apparence paradoxale, des malades reprendre leurs forces et engraisser avec un régime insuffisant.

Nous voici maintenant conduit à examiner les avantages du régime végétarien ; tous dérivent du peu de toxines que ce régime donne dans le tube digestif et au cours des dédoublements intra-organiques.

Ceci mérite de nous arrêter, d'autant plus que c'est l'absence ou la présence de ces toxines qui paraît conférer aux régimes alimentaires leurs propriétés très spéciales sur l'activité vitale, propriétés qui n'avaient point échappé aux anciens observateurs. La Mettrie, entre autres, déclarait que la viande crue rend les animaux et l'homme féroces. « Cela est si vrai, disait-il, que la nation anglaise, qui mange la chair rouge et sanglante, paraît participer de cette férocité (1). » Des criminalistes ont été encore plus loin et accusent l'usage de la viande, crue ou cuite, de conséquences désastreuses. « Une autre cause commune du penchant au crime, chez l'homme et chez les bêtes, dit Lombroso, est l'usage de la viande (2). » Enfin les physiologistes et le médecins ont fait souvent la remarque, non seulement à propos des animaux de laboratoire, mais aussi des hommes, que les végétariens ont en général une émotivité, une sensibilité moindres, particulièrement à l'égard des traumatismes et des opérations chirurgicales, plus de passivité que les carnivores, qui se distinguent, au contraire, par leur tendance à l'activité et au mou-

(1) *L'homme-machine*, p. 27.
(2) *L'homme criminel* (trad. franc., F. Alcan).

vement. Je tiens de médecins de la marine militaire et du service colonial des observations stupéfiantes de Tonkinois et de Chinois, végétariens à peu près exclusifs, ayant supporté des résections et des laparotomies sans aucune anesthésie et, cependant, sans pousser une plainte, sans manifester la douleur. On sait qu'il en est de même chez les fakirs hindous, lesquels ne mangent rien de ce qui provient d'un animal, et qui se mutilent volontairement et très gravement en certaines circonstances. Que la nature de la race, une sorte d'orgueil ethnique, l'auto-suggestion ou la folie religieuse interviennent dans une certaine mesure, cela est bien probable, mais cette coïncidence presque constante n'en est pas moins curieuse et mérite qu'on cherche à l'expliquer.

Ces différences dans les effets étiologiques des régimes ne peuvent dériver que de l'abondance et de la nature des toxines produites par le dédoublement intraorganique des éléments nutritifs. En effet, on connaît aujourd'hui, au moins d'une manière globale, les toxines que produisent les aliments animaux, et certaines de ces toxines se distinguent par leurs propriétés vaso-constrictives, mises en évidence par Huchard, et par leurs propriétés convulsivantes, démontrées par l'expérience de Eck, renouvelée par Popoff et Nencki. Ces propriétés sont bien en rapport avec les résultats constatés du régime carné intense, qui conduit à la surexcitation nerveuse, à l'hypertension, à la sensibilité exagérée à la douleur, — car la douleur est un phénomène d'origine toxique, et elle apparaît d'autant plus facilement que le milieu intérieur contient davantage de toxines (1) — au surmenage du foie et du rein, chargés de transformer en substances inoffensives ou d'éliminer ces substances toxiques.

Mais les matières azotées animales sont-elles seules à donner des toxines et faut-il admettre que les matières azotées végétales n'en fournissent pas ou, du moins, très peu? On le croit généralement et on le dit, bien que les faits, ou plutôt que l'interpréta-

(1) Dr J. Laumonier. *La douleur et ses remèdes*, 1899.

tation des faits sur lesquels se fonde cette opinion ne soit pas à l'abri de toute critique. Serrons donc le problème de plus près.

Les aliments animaux, la chair musculaire, et surtout la cervelle, le foie, la rate, le thymus, etc., fournissent dans le tube digestif deux sortes de toxines, d'une part celles qui préexistent dans les tissus animaux ou qui se forment postérieurement à la mort, et que la préparation culinaire ne détruit pas ou ne détruit qu'incomplètement, et, d'autre part, celles qui apparaissent au cours du dédoublement des matières azotées. Ces toxines, étant solubles, sont absorbées par la muqueuse intestinale et passent dans la circulation où elles sont reprises, arrêtées et transformées par le foie, s'il est normal. En ce qui concerne les premières (toxines préexistantes ou formées après la mort), le régime végétal est à peu près indemne, sauf lorsqu'on fait usage de tubercules et de graines germés ou gâtés, comme on le constate dans les intoxications par conserves avariées, fruits tournés, haricots ou fèves fermentés, etc. Mais, en ce qui concerne les toxines par dédoublement fermentatif, il n'en est peut-être pas de même et sous ce rapport le régime végétal n'est pas énormément supérieur à la viande.

En effet, les recherches de Cahours, de Liebig et de Dumas, celles plus récentes de Brittner, de Weyl et de Ritthausen, montrent qu'il y a de grandes analogies entre les albuminoïdes végétaux et les albuminoïdes animaux, au point de vue de la structure moléculaire (autant que nous pouvons en connaître) et de la manière dont ils se comportent à l'égard des réactifs. Leurs produits de dédoublement doivent donc être très voisins aussi. Mais les différences s'accusent si l'on passe à l'examen des protéides et spécialement des nucléines. Tandis que, en effet, les nucléines animales donneraient par dédoublement de l'albumine, un acide riche en phosphore et des bases xanthiques toxiques, les nucléines végétales ne fourniraient pas, dans les mêmes circonstances, de bases xanthiques, et c'est à l'absence de ces bases que le régime végétal serait redevable de sa toxicité moindre. Mais cette opinion, relative à la constitution des nucléines végétales, soutenue par

Hoppe-Seyler, est aujourd'hui fortement battue en brèche. Les expériences, faites par Salkowski sur la digestibilité des nucléines des graines de légumineuses, ont montré que ces nucléines donnent des bases toxiques absolument analogues aux bases xanthiques des nucléines animales; on sait du reste que ces bases existent également dans les nucléines de levure, et Ritthausen paraît en admettre l'existence dans la gluten-caséine des céréales. Cette manière de voir est indirectement corroborée par ce fait que, de tous les régimes suffisants, c'est le régime lacté qui donne les résultats les plus satisfaisants dans les toxémies alimentaires et les menaces d'auto-intoxication d'origine rénale, alors que, dans les mêmes cas, le régime végétal n'apporte souvent pas, surtout quand il y a néphrite, ainsi que l'a constaté le Pr Robin, d'amélioration certaine. Il en faut conclure que le régime lacté est moins toxique que le régime végétal, bien que le lait renferme de la nucléine en grande quantité relative.

En somme, au point de vue de la toxicité des produits de dédoublement des matières azotées plastiques, il n'y a pas de différence bien sensible entre les deux régimes et ce n'est donc pas dans cette différence que l'on doit chercher l'explication des variations de toxicité. Mais considérons maintenant l'ensemble des deux régimes et la somme de toxines que l'un et l'autre fournissent, en admettant qu'elles viennent en majorité des bases nucléiques.

Dans le règne végétal, les nucléines sont rares; elles n'existent que dans les éléments jeunes, en prolifération, dans les pousses et les embryons; partout ailleurs elles font presque complètement défaut, comme dans les rhizomes, les tubercules, les racines, la pulpe charnue des fruits, les réserves graisseuses ou hydrocarbonées des graines, etc. Chez les animaux, au contraire, elles sont abondantes, non seulement dans les œufs, la laitance, le lait, le système nerveux, mais aussi dans le foie, la rate, le thymus; elles sont plus rares dans le poumon, le rein, le cœur, les muscles. D'une manière générale, pour avoir 1 de nucléine, il faut 80 d'aliments purement animaux et 1000 d'aliments végétaux, ce

qui revient à dire que, à digestibilité égale, le régime végétarien exclusif est 12 fois moins toxique que le régime carné. Or la digestibilité des aliments végétaux est, en raison de la présence des parois cellulosiques, très inférieure à celle des aliments d'origine animale.

Nous voici donc arrivés à cette conclusion singulière que ce sont les inconvénients mêmes du régime végétarien qui en font les avantages. Et ce point de vue, qui ne peut plus paraître paradoxal, après les explications que je viens de donner, ne doit jamais être mis en oubli quand il s'agit d'appliquer rationnellement ce régime.

En effet :

1° Le régime végétarien est peu riche en nucléines; il n'est donc ni reconstituant, ni excitant des fonctions assimilatrices; mais, en revanche, il ne fournit qu'une très petite quantité de toxines; par conséquent :

a) Il est sédatif du système nerveux et trouve son application dans la neurasthénie par excitation, dans l'épilepsie, peut-être la chorée, et dans les affections nerveuses à forme bruyante et agitante. Il est bon alors d'associer à ce régime des aliments nerveux, comme les phosphoglycérates acides, dont le dédoublement ne donne pas de toxines.

b) Il diminue l'hypertension, car les toxines sont vaso-constrictives et opposent à l'action du cœur un obstacle qui peut devenir dangereux; l'hypertension, consécutive à cette vaso-constriction périphérique, est artérielle, pulmonaire ou portale (pléthore abdominale), comme l'a montré Huchard. Le régime végétarien, et surtout lacto-végétarien, qui est laxatif et diurétique et produit le minimum de toxines, combat ainsi l'hypertension périphérique, soulage le cœur central et vient augmenter les effets de la médication hypotensive (trinitrine, tétranitrol, opothérapie). Le régime lacto-végétarien est donc indiqué dans la présclérose, l'angine de poitrine coronarienne, l'aortisme héréditaire, les anévrismes, la néphrite interstitielle, la maladie de Stokes-Adam, l'arythmie palpitante, enfin dans les cardiopathies arté-

rielles qui aboutissent à un état permanent de vaso-constriction, car ici il faut s'adresser, non au cœur, plus ou moins atteint dans sa force contractile, mais au système artériel, au cœur périphérique, dont on doit combattre la contraction exagérée pour soulager le cœur central et faciliter son travail.

c) Il élimine l'acide urique et empêche sa formation. Par sa réaction basique le régime végétarien sature les acides en excès, acides normaux ou de fermentation, et intervient ainsi dans certaines formes de dyspepsie, avec hypersthénie ou hyperesthésie et d'hyperchlorhydrie. Il rend donc l'urine hypoacide ou neutre, et fait disparaître les urates. Le régime animal, par les nucléines très abondantes qu'il contient, donne au contraire des bases xanthiques qui se transforment par oxydation, en acide urique. Certaines bases xanthiques des végétaux se comportent du reste de la même manière, et c'est pourquoi le café, le thé, le cacao, par la caféine, la théobromine qu'ils renferment, augmentent la teneur de l'acide urique dans les excrétions et doivent être en conséquence supprimés du régime végétarien exclusif. Ce régime s'applique donc à toutes les maladies de la nutrition où les oxydations sont insuffisantes et spécialement à la goutte et à certaines formes de l'obésité. Il combat par suite les accidents consécutifs à la suralimentation, particulièrement à la suralimentation carnée et à l'alcoolisme, et intervient efficacement quand apparaissent l'insuffisance hépatique et la diminution de perméabilité du rein; mais, en ces circonstances, il faut s'adresser de préférence au régime végétarien des légumes verts, des herbes et des racines, afin de ne pas fournir à l'organisme une ration exagérée d'hydrates de carbone.

2° Le régime végétarien est d'une digestibilité assez faible et qui se limite elle-même en quelque sorte, puisque Rubner a montré que, plus la proportion des aliments végétaux ingérée, est considérable, plus est faible aussi la quantité de matières azotées et d'hydrates de carbone digérée et absorbée. Il en résulte des déchets énormes, qui peuvent à la vérité produire la surcharge gastrique et intestinale, la dilatation de l'estomac, des diarrhées graves

et même de la lientérie, mais qui, d'autre part, combattent :

a) la constipation, la coprostase, par l'évacuation mécanique nécessaire, excitent le péristaltisme et triomphent de l'atonie intestinale ;

b) les autres intoxications alimentaires et les toxémies, les menaces d'auto-intoxication d'origine rénale, car l'évacuation mécanique et la diarrhée que le régime végétarien provoque parfois, entraînent et éliminent au dehors les toxines produites par les dédoublements fermentatifs et la pullulation des bactéries, et suppléent ainsi à la perméabilité insuffisante du rein. A cette action laxative, s'ajoute un pouvoir diurétique considérable que ce régime tient de la proportion d'eau qu'il renferme, ainsi que de sa teneur élevée en hydrates de carbone, lesquels se transforment en glucose, à peine moins favorable sur la diurèse que le lactose. En éliminant rapidement les toxines digestives, il soulage le foie et les reins, et aussi le cœur, qu'il contribue peut-être à tonifier par les matières minérales qu'il contient.

Le schéma qui précède montre combien sont variées et nombreuses les applications du régime végétarien exclusif ou simplement combiné avec le lait; mais il montre aussi que ce régime vaut surtout pas ses inconvénients mêmes, par ses désavantages au point de vue nutritif. C'est donc un régime d'exception qui ne convient guère, à moins d'une longue adaptation, à l'homme bien portant, exécutant un travail ordinaire; en revanche, il rend de grands services à beaucoup de malades, en combattant les dangers les plus immédiats soit de la suralimentation, soit de l'accumulation des toxines et de l'hypertension conséquente. Mais il faut l'appliquer avec prudence et ménagement, pour éviter les troubles du début, l'affaiblissement qui s'en suit parfois et tâter la susceptibilité du malade, qui peut être, exceptionnellement il est vrai, un réfractaire; — le régime lacté qui est un excellent acheminement au régime lacto-végétarien ou végétarien exclusif. Mais, étant, dans la majorité des cas, un régime d'exception, il convient de n'en point prolonger trop longtemps l'usage, car le dégoût arrive et la dénutrition survient. Par conséquent, le

résultat cherché une fois obtenu, il faut acheminer le malade, avec plus de ménagements encore qu'au début, afin d'éviter le retour des accidents qu'on a combattus, vers un régime plus riche et plus reconstituant et ne pas hésiter à revenir au régime végétarien le plus sévère s'il y a la moindre menace de retour des anciens dangers. N'oublions pas d'ailleurs, pour bien posséder le sens de ses applications et la méthode rigoureuse qui doit les diriger, que le régime végétarien est avant tout, pour nous, non un régime banal, mais un moyen thérapeutique à la fois préventif et curatif.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

par le Dr Léon Lebovici, de Carlsbad.

Sur les antiseptiques de l'urine,

par le Prof. R. Stern, de Breslau.

Dans la séance du 28 novembre 1901 de la Société médicale de Breslau, le prof. R. Stern fit une communication très intéressante sur les recherches qu'il avait entreprises en communauté avec les Drs Reche et Sachs, sur la valeur des antiseptiques de l'urine. Il s'agissait dans ces recherches d'établir, si les soi-disant antiseptiques urinaires qu'on emploie souvent dans la pratique, conféraient à l'urine des propriétés bactéricides, ou bien des propriétés empêchant le développement des bactéries.

Voici les résultats des recherches en question : l'*urotropine* (formine ou hexaméthylène tétramine), notamment lorsqu'on l'emploie en assez grandes doses 3 à 4 grammes par jour), confère à l'urine non seulement des propriétés

qui entravent le développement des bactéries, mais aussi des propriétés bactéricides.

L'*acide salicylique*, employé en doses élevées (3 à 4 grammes par jour), exerce également un effet bactéricide assez prononcé sur l'urine, mais il est beaucoup plus souvent accompagné de mauvais effets secondaires, par comparaison avec l'urotropine qui a été bien supportée même en doses journalières de 6 à 8 grammes. Le *salol*, le *bleu de méthylène*, l'*acide camphorique*, l'*essence de santal*, et maintes fois aussi l'*essence de térébenthine*, employés à hautes doses, pouvaient, dans la plupart des cas seulement, entraver le développement des bactéries; lorsqu'on employait ces remèdes à petites doses, ce dernier effet était même peu observé. Le *baume de copahu*, l'*acide borique*, le *chlorate de potassium* et les *feuilles d'uva ursi*, employés aux mêmes doses, étaient sans aucun effet.

Même l'antiseptique urinaire le plus efficace, tel que l'*urotropine*, employé à hautes doses, confère à l'urine seulement les propriétés d'une solution antiseptique *faible*. Il est donc facile à comprendre que ce remède n'exercera pas une influence considérable dans des cas de procès infectieux qui ont pénétré dans la profondeur des tissus, par exemple, la tuberculose. L'urotropine est plus efficace lorsqu'on l'emploie d'une manière prophylactique avant de pratiquer des opérations, dans les cas de bactérurie et d'inflammations infectieuses superficielles. L'emploi de l'urotropine peut pourtant être aussi utile dans ces affections profondes, en exerçant une influence sur les bactéries qui sont suspendues dans les urines, en entravant la décomposition ammoniacale, etc.

Le prof. Stern combat l'opinion des auteurs qui ont recommandé de donner de l'urotropine à chaque malade atteint

de fièvre typhoïde, et de la lui prescrire continuellement, pendant des semaines, jusque dans la convalescence avancée, pour éviter ainsi une propagation de l'infection par l'urine. On n'est pas du tout sûr de pouvoir tuer les bacilles qui sont éliminés par les urines, dans l'intérieur des corps, notamment lorsqu'on se sert de la dose qui a été recommandée à ce but, c'est-à-dire 2 grammes; d'autre part, des cas ont récemment été décrits où l'emploi de l'urotropine chez les typhiques fut suivi d'hématurie. Vu les résultats des recherches modernes sur la fréquence de l'élimination des bacilles typhoïdes avec les urines, il va sans dire qu'une désinfection des urines au *dehors du corps* sera d'urgence.

L'auteur finit sa communication en faisant remarquer que les expériences en question ne permettent pas d'apprécier la valeur totale des remèdes sus-mentionnés, puisque les expériences avaient seulement trait au pouvoir désinfectant des urines. Il est pourtant possible que maintes substances parmi ces remèdes possèdent aussi d'autres propriétés, comme par exemple un effet favorable sur les cellules des muqueuses ou sur le procès inflammatoire.

La valeur du régime carné dans le traitement préventif et curatif de la tuberculose pulmonaire (1),

par le Dr F. PARKES WEBER,

Médecin de l'*Hôpital Allemand* et du *North London Hospital pour les Phtisiques*, à Londres.

Une bonne nourriture est sans doute reconnue comme étant de la plus grande importance dans le traitement pré-

(1) *Zeitschrift fur Tuberkulose und Heilstättenwesen*, vol. I, fasc. 2.

ventif et curatif de la tuberculose pulmonaire, mais je crois qu'on n'a pas jusqu'ici essayé suffisamment d'établir dans ce but la valeur relative des différentes classes de nourriture. Il y a certaines observations relatives au sujet humain et aux chiens, desquelles il semble résulter que la nourriture protéique animale possède une valeur spéciale pour augmenter la résistance des tissus vis-à-vis de la tuberculose.

Beaucoup d'observatenrs ont noté qu'il y a un certain antagonisme entre la goutte et la tuberculose, et quoiqu'il y ait de grandes exceptions à cette règle (notamment en ce qui concerne les personnes goutteuses qui abusent de l'alcool, et celles qui sont devenues généralement chétives), je crois pourtant que cet antagonisme existe, en effet, jusqu'à un certain degré. Cette résistance des goutteux contre la tuberculose est peut-être due en partie à la nourriture par les viandes (la viande, les œufs, et toutes les substances protéiques animales) dont la plupart des personnes souffrant de goutte acquise ont abusé pendant une longue période de leur vie. J'ai traité ce sujet en 1892 dans un travail sur « l'Association de la Néphrite interstitielle chronique avec la Tuberculose pulmonaire », et je fis remarquer à cette occasion qu'il peut bien exister une substance circulant dans le sang, en quantités minimes, mais pourtant suffisantes pour exercer une action antagoniste contre la croissance des tubercules, et que cela est peut-être aussi le cas chez les personnes qui prennent des quantités extraordinaires de nourriture. Ceci pourrait jusqu'à un certain degré expliquer les bons résultats qu'on obtient par la nourriture surabondante des malades phtisiques, lorsque cette nourriture est accompagnée de mesures hygiéniques (1).

(1) *On the Association of Chronic Interstitial Nephritis with Pulmo-*

Les classes riches sont en général disposées à abuser de la nourriture animale et favorisent, par conséquent, du moins dans certains pays, le développement de maladies goutteuses. D'un autre côté, leur mortalité par suite de la tuberculose pulmonaire est relativement minime, en comparaison avec la mortalité des classes pauvres. Cela se voit d'une manière frappante lorsqu'on fait dans les grandes villes une classification des rues : premièrement, d'après la richesse des habitants, et secondement d'après la mortalité par suite de la tuberculose pulmonaire. L'insuffisance des logements et toutes les formes de mauvaise hygiène jouent sans doute un rôle fort important, lorsqu'il s'agit d'expliquer le nombre relativement élevé des cas de tuberculose dans les classes pauvres; mais l'insuffisance de nourriture animale doit, d'après moi, en être aussi rendue responsable en partie. Les classes les plus pauvres, bien qu'elles puissent souvent se procurer une certaine abondance de nourriture contenant des hydrates de carbone, consomment généralement de petites quantités de nourriture animale, parce que celle-ci est plus coûteuse. De grands mangeurs de viande, s'ils n'abusent pas de l'alcool, ne sont que rarement atteints de phtisie pulmonaire, même lorsqu'ils vivent dans des milieux les plus anti-hygiéniques. On peut aussi observer que dans tous les hôpitaux et tous les sanatoria pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, les malades reçoivent de plus grandes quantités de nourriture animale que ces mêmes malades, par suite de leur pauvreté, ne peuvent en général se procurer à domicile, tandis que beaucoup d'entre eux ont pu prendre chez eux autant hydrates de

---

nary Tuberculosis, by Dr. F. Parkes Weber, London, John Bale and Sons, 1892, p. 11.

carbone qu'il leur était nécessaire. Les observations du Dr J. Dvorak au « Congrès de Berlin pour la lutte contre la Tuberculose pulmonaire comme maladie populaire » méritent également d'être prises en considération à cet égard (1). Cet auteur fait remarquer, entre autres, qu'en Bohême, on notait un manque de résistance contre les maladies chez les enfants qui prenaient de grandes quantités de nourriture renfermant les hydrates de carbone et pauvres en substances protéiques animales. Les expériences de M. Charles Richet (2) sur le chien plaident également en faveur de cette manière de voir. Cet auteur a inoculé un certain nombre de chiens avec la matière tuberculeuse; les animaux qui reçurent une nourriture mixte d'hydrates de carbone et de viande, succombèrent, dans la moyenne, après trente jours; tandis que les animaux nourris avec de la viande crue en abondance survécurent pendant une période beaucoup plus longue, et cinq sur dix de ces animaux vivaient encore dix-huit mois après l'expérience en question.

Je ne voudrais aucunement paraître recommander la nourriture carnée comme une sorte de panacée contre toutes les maladies tuberculeuses, ou la recommander d'une façon peu judicieuse pour les phtisiques; je désire seulement appeler une attention toute particulière sur les questions sus-mentionnées, qui ont été relativement moins discutées que la plupart des autres faits intéressant le traitement de la tuberculose pulmonaire. Chacun de nous doit admettre la valeur générale d'une bonne nourriture dans la tuberculose,

---

(1) *Bericht uber den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkuloses la Volkskrankheit*, Berlin, 1899, p. 619.
(2) Académie de Médecine, Paris, séance du 28 nov. 1899.

et notamment l'abondance de graisses dans beaucoup de cas de phtisie. Une quantité appropriée de légumes et de fruits est considérée comme étant de grande importance dans ces cas; cela s'explique peut-être tout particulièrement par leur effet antiscorbutique chez les adolescents.

De plus, quant à l'utilité de la nourriture par les substances protéiques animales, il faut, comme dans toutes les autres questions relatives au traitement, prendre en considération les différences individuelles. Tandis que certaines personnes ont une aversion innée pour les grandes quantités de viande, d'autres au contraire les aiment et les supportent facilement, et dans maints cas une alimentation carnée encourage l'appétit et rend la digestion plus active. Ceci explique sans doute jusqu'à un certain degré la valeur d'une nourriture animale dans la tuberculose pulmonaire. Dans les cas très aigus et fébricitants de la phtisie pulmonaire, l'utilité des grandes quantités de viande est naturellement une tout autre question.

Dans les cas très avancés de tuberculose pulmonaire, les grands organes excréteurs, les reins et le foie, ont souvent subi des lésions. C'est particulièrement le foie qui joue un grand rôle dans les derniers stades du métabolisme azoté. Cet organe est presque toujours hypertrophié et infiltré de graisse (1) dans les cas avancés et les cas hectiques de la phtisie, ce qui montre avec évidence que ses fonctions importantes ne se font que d'une manière imparfaite. Cet état du foie dans les mauvais cas de la phtisie pulmonaire

---

(1) Cet état du foie est naturellement différent de celui qu'on appelle : « foie lent sluggish liver » et qui est souvent le résultat d'une fonction trop active du foie et des organes digestifs par suite d'une nourriture trop abondante et stimulante, notamment chez des personnes qui ont une occupation sédentaire.

est dû, d'après moi, en partie, à la fièvre, en partie, à la ventilation imparfaite du sang, par suite du mauvais fonctionnement des poumons malades, et en partie à un état toxémique résultant de la résorption de substances délétères du canal digestif et de la destruction de foyers tuberculeux. Dans ces conditions, la nourriture doit évidemment être aussi peu irritante que possible.

Tout ceci me mène à considérer un autre fait.

Il est évident que dans le traitement préventif et curatif de la tuberculose pulmonaire, le foie et les organes abdominaux doivent être maintenus à l'état de la plus grande activité possible, afin que la nourriture soit complètement utilisée. Dans le traitement préventif, du moins, comment cela pourrait-il être mieux réalisé qu'en insistant sur un exercice approprié en plein air? Par cet exercice notamment lorsqu'on fait monter les malades à des hauteurs modérées, les mouvements respiratoires et l'oxygénation sont augmentés, et le sang est mieux ventilé; les inspirations profondes exercent un « massage » léger sur le foie, sur les viscères et les vaisseaux sanguins abdominaux, encourageant ainsi la circulation de la veine porte, les fonctions du métabolisme et l'excrétion du foie. C'est le contraire lorsqu'il s'agit d'une occupation sédentaire dans les bureaux obscurs et étroits des grandes villes. Dans de tels cas, en dehors de l'influence délétère du procès tuberculeux lui-même, le foie devient inactif et gras, tout comme dans les cas de l'engraissement artificiel des oies dans les caves obscures et humides.

Le traitement dans les sanatoria modernes aide beaucoup à encourager la circulation et l'activité des organes importants de la cavité abdominale. Lorsque les malades vivent autant que possible en plein air pur, la ventilation appro-

priée du sang est maintenue, et au moyen d'un usage judicieux de l'hydrothérapie, des exercices musculaires et des mouvements respiratoires volontaires, l'activité salutaire des viscères abdominaux est soutenue; de sorte que le malade peut utiliser complètement sa nourriture, notamment celle renfermant des substances protéiques animales. A ce point de vue, et en ce qui concerne la question de climats spéciaux pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, il faut admettre que l'air raréfié des sanatoria des grandes altitudes, — les autres facteurs étant égaux, — exerce un effet particulier en augmentant les mouvements respiratoires et en ayant de cette façon une influence indirecte sur la circulation abdominale et l'activité des viscères abdominaux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Notes adressées par les correspondants.

I. — *Contribution à l'étude du traitement des coliques hépatiques à répétition*,

par le Dr F. BARBARY,
Correspondant national.

En janvier 1901, M. le Dr Chauffard publiait dans la *Semaine médicale* une méthode de traitement préventif des coliques hépatiques à répétition.

Après une année d'expériences personnelles, nous venons indiquer les résultats heureux que nous a procurés cette méthode.

Avant la communication de M. Chauffard, de la lecture des différents auteurs, on pouvait conclure qu'en pareille occurrence l'intervention du médecin se bornait au traitement de la crise et qu'il ne fallait accorder que très peu de confiance à une thérapeutique préventive. D'aucuns prétendaient même que seul le chirurgien pouvait se poser un but de guérison complète.

Cependant, comme le faisait remarquer très justement M. Chauffard, si l'intervention chirurgicale peut donner une guérison « de la lithiase effectuée », elle est sans action sur la maladie lithogène; de même, ajoutait-il, une lithotritie n'est pas préventive.

Par un traitement médical peut-on supprimer les coliques hépatiques ou, tout au moins, en diminuer le nombre et l'intensité? Tel était le problème que posait M. Chauffard, problème qu'il paraît avoir résolu par une méthode que nous venons d'expérimenter et dont les résultats, pleins d'encouragements, nous ont paru dignes d'être communiqués.

Nous allons très rapidement rappeler la technique thérapeutique de M. Chauffard; nous citerons ensuite nos observations personnelles.

Les indications thérapeutiques doivent viser, déclarait M. Chauffard, le *contenant* et le *contenu* de l'appareil biliaire, c'est-à-dire : diminuer l'excitabilité réflexe de la vésicule, modifier l'état anatomique de celle-ci, arrêter ou empêcher l'évolution de la cholécystite calculeuse et, d'autre part, augmenter l'activité de la chasse biliaire, en rendant la bile plus abondante et plus fluide, maintenir ou restituer l'état aseptique (cliniquement) de la bile, enfin, et ce serait là le résultat idéal, agir sur les calculs déjà formés pour en enrayer l'accroissement, ou même en diminuer le volume.

La lithiase biliaire étant une maladie essentiellement chronique, on comprend que son traitement devra être prolongé, ce qui ne veut pas dire continu, car nous savons que tout traitement de longue durée doit être coupé par des interruptions, procéder par alternances d'action et de repos.

Voilà, pour ainsi dire, le plan physiologique et thérapeutique de notre intervention; il faut maintenant en choisir les agents, en déterminer la technique.

Après bien des essais, il a paru à M. Chauffard que les médicaments les plus aptes à remplir les indications que nous venons de préciser étaient le salicylate et le benzoate de soude et l'huile de Harlem.

Au premier rang il place le salicylate de soude, dont il avait déjà, en 1891, préconisé l'emploi dans le traitement de la cholélithiase. De nombreuses recherches expérimentales ont montré que ce traitement était un cholagogue sécrétoire très actif, qu'il rendait la bile plus abondante et plus fluide, soit en augmentant seulement sa partie aqueuse (Stadelmann, Doyon et Dufour), soit en élevant aussi le taux des matériaux solides éliminés. A cette augmentation de la sécrétion biliaire, reconnue par tous les physiologistes, s'ajoute le bénéfice d'une action antiseptique réelle et d'un pouvoir analgésiant dont d'autres applications thérapeutiques nous donnent la preuve. Tout cet ensemble de propriétés rend bien compte de l'adaptation curative toute spéciale du salicylate de soude à la cholélithiase.

Mais les doses à employer doivent rester très modérées, de 1 à 2 grammes par jour, et encore après constatation de l'intégrité du filtre rénal. On évite ainsi, même avec un usage prolongé du médicament, non seulement toute action toxique, mais aussi tout trouble digestif, auditif, etc.

Le benzoate de soude a été préconisé par M. Lépine et par M. Dufour, comme un cholélagogue moins congestionnant pour le foie que le salicylate. Il a paru cliniquement un peu moins actif mais en l'associant au salicylate on rend nécessaire une moins forte dose de ce dernier et on cumule l'action homologue des deux médicaments. Suivant la gravité des cas et la tolérance des sujets, on pourra donc donner de 1 à 2 grammes par jour de salicylate et autant de benzoate de soude, pris en 2 à 4 cachets au moment des repas. Souvent aussi, il a paru utile d'y adjoindre 1 à 2 grammes de sel de Carlsbad.

Ce traitement sera continué dix à vingt jours par mois, suivant la gravité et le nombre des crises et la durée plus ou moins longue des rémissions obtenues; et cela des mois, parfois même plus d'un an. C'est au prix de cette persévérance que la cessation des crises sera obtenue et confirmée.

Un autre médicament, emprunté à la vieille pharmacopée, rend également les plus grands services; c'est l'huile de Harlem, drogue balsamique et résineuse complexe, dont l'huile de genévrier paraît une des parties constituantes les plus actives. Tous les huit à dix jours il faut en faire prendre une à deux perles dans la soirée.

Telle est la cure méthodique exposée par M. Chauffard dans la *Semaine médicale* du 2 janvier 1901.

Depuis la communication de M. Chauffard, nous avons traité, en les suivant régulièrement, six cas de coliques hépatiques à répétition. Plusieurs d'entre eux avaient été soignés par nous antérieurement par les cures habituelles — cures hydrominérales — régimes spéciaux, etc., sans grande amélioration. Enfin, l'un de nos malades pour lequel surtout les résultats obtenus sont frappants, présentait des symptômes très alarmants d'angiocholécystite avec périhépatite. Ce malade avait eu l'année précédente 32 coliques hépatiques et était descendu de 76 à 58 kilogrammes.

Nous débuterons par l'observation du cas le plus grave.

Mme J. R.; mère arthritique, atteinte de gravelle urique, morte d'angine de poitrine. Les premières coliques hépatiques auraient paru en 1874; elles s'accompagnaient de selles fétides avec évacuation de sable biliaire mais sans calculs de volume appréciable.

Depuis cette époque jusqu'en 1887, coliques hépatiques assez espacées pour que l'état général se maintienne.

De 1887 à 1898 les coliques deviennent de plus en plus fréquentes, la malade est à la période de la ménopause; les crises très douloureuses avec ictère généralisé ne laissent entre elles que des soulagements de courte durée, bientôt interrompus par une nouvelle crise.

La malade commence à maigrir sensiblement.

En 1900, la malade très intelligente, avait relevé la date de ses crises aiguës; nous les avons indiquées dans un tableau ci-joint.

L'examen de ce tableau mettra trois faits importants en lumière :

1° Le nombre des crises, 32 dans une année;

2° La perte de poids, 18 kilos;

3° L'allure grave des crises qui s'accompagnaient d'élévation de température 39 et 40°, de frissons, d'ictère, de selles fétides avec émission abondante de sables biliaires.

L'état général était des plus précaires, alimentation difficile, céphalées fréquentes, névralgies intercostales; la malade après avoir eu recours à tous les moyens habituels de l'arsenal thérapeutique était en dernier lieu complètement découragée. A bout de forces et, sur l'avis d'un confrère très autorisé, elle s'était décidée à une consultation d'après laquelle une intervention chirurgicale seule pouvait désormais être efficace.

Le 4 février 1901, nous sommes appelé pour la première fois auprès de Mme R.

Depuis la veille, Mme R. souffre atrocement. La face, le thorax, l'abdomen présentent une teinte ictérique très marquée, vomissements, température 40°.

Le foie et la vésicule paraissent augmentés de volume et la sensibilité à leur niveau est très vive.

La crise a débuté, paraît-il, par des frissons violents. Nous assistons à une phase de chaleur, 40°; dans la suite nous avons constaté une phase de sueurs profuses. C'est là un type de fièvre bilio-septique avec faciès vultueux, pouls fréquent, dur, fort; la malade a eu deux syncopes dans la nuit. Les urines examinées le lendemain contenaient des traces d'albumine, pas de glucose, des phosphates en excès.

L'ictère, les frissons, la température nous font penser à de l'angiocholécystite catarrhale par infectiou ascendante des voies biliaires.

MM. Gilbert et Pirode ont montré que, parmi les causes locales qui peuvent provoquer l'invasion microbienne de l'appareil biliaire, la plus fréquente est la cholélithiase, que les calculs occupent la vésicule ou les conduits extra-hépatiques.

Nous indiquons immédiatement le traitement symptomatique de la crise, morphine, grands lavements, lavages, eau de Vichy, glace à demeure sur la région hépatique et abdominale. Nous surveillons la malade quatre à cinq jours. L'accalmie revenue, nous instituons le traitement préventif suivant :

Pendant dix jours, les cachets salicylate et benzoate de soude à 25 centigrammes de chacun, 4 cachets par jour. Après le dixième deux perles d'huile de Harlem. Après ces dix jours et, en raison d'une infection ascendante probable de l'intestin, cure de benzonaphtol : chaque jour un grand lavement. Lavage de 2 litres d'eau bouillie contenant 10 grammes de biborate de soude.

Ce traitement a été continué, dans la suite, chaque mois fidèlement.

Régime alimentaire spécial : purées de légumes, crèmes, jaunes d'œufs en lait de poule, volailles bouillies, eau de Vittel, glycérine aux repas dans un peu de vin blanc coupé d'eau alcaline.

Les 8 et 22 février, nouvelles crises mais de plus courtes durée

Le 10 mars, très courte crise que la malade qualifie « d'avortée ».

Le 3 avril, nouvelle crise également de peu de durée.

Depuis le 3 avril 1901 jusqu'en février 1902, soit depuis dix mois, la malade n'a plus eu une seule crise — état général peu à peu amélioré — les forces se sont relevées avec l'aide d'injections de sérum artificiel d'abord, de licithine ensuite. Nous constatons une augmentation graduelle du poids. Depuis trois mois, la malade a repris peu à peu une alimentation moins sévère : des viandes — du poisson. Elle sort, fait des courses assez longues et sans fatigue. Son moral est excellent.

Le traitement suivi jusqu'à ce jour est maintenu.

Nous avons voulu, quoique longue, donner cette observation

très complète; elle est pour nous une observation type de ce qu'on peut obtenir de cette cure des coliques hépatiques à répétition, même dans un cas compliqué comme le nôtre.

Nous avons eu à traiter également avec succès, cinq autres cas dont deux encore très défavorables.

L'un de ces derniers malades était un cocher, assez insouciant de sa santé en dehors de ses crises, qui, d'abord au nombre de 10 à 12 par an, peu à peu s'étaient rapprochées au point de l'obliger à cesser tout travail.

L'autre malade, très occupé par un commerce important, tenu au lit par une série de dix crises dans le même mois, était complètement désespéré.

Chez nos autres malades, dont les crises pour être moins nombreuses n'en constituaient pas moins un état morbide des plus alarmants, physiquement et moralement, nous n'avons eu qu'à nous louer du traitement préconisé par M. Chauffard.

Devant les résultats obtenus, nous avons cru faire œuvre utile en réunissant les quelques observations des cures de coliques hépatiques à répétition suivies minutieusement par nous.

Auto-observation-type prise par Mme R., atteinte de coliques hépatiques à répétition avec crises d'angiocholécystite.

ANNÉE 1900

9 janvier. — Fièvre, colique hépatique, morphine.

27 — — Fièvre 39°, vomissements, coliques hépatiques, morphine.

23 février. — Crise moins forte, fièvre 39°.

27 — — Crise hépatique, vomissements, fièvre intense, ictère, douleurs jusqu'au 20 mars, reprise de crises successives, morphine, démangeaisons atroces sur tout le corps.

23 avril. — Nouvelle crise mais légère, ne dure que quelques heures.

11 mai.	—	Colique hépatique, la main droite est enflée.
28 —	—	Fièvre, crise moyenne.
12 juin.	—	Légère crise hépatique à Pioule.
22 —	—	Deuxième légère crise à Pioule.
7 juillet.	—	Légère crise.
16 —	—	Fièvre 40°, vomissements, douleurs de tête quelques moments de délire, 120 pulsations.
28 —	—	Crises reins et foie, morphine.
6 août.	—	Fièvre 39°, céphalalgie, crise, 5 petits calculs.
7 —	—	Reprise d'une deuxième crise à 2 heures du matin.
8 —	—	Nouvel accès de fièvre.
24 —	—	Fièvre 38°,9, étouffements, crise.
22 sept.	—	Fièvre, frissons pendant 4 heures.
5 oct.	—	Fèvre, céphalalgie, douleurs dans les jambes, délire pendant plusieurs heures, vomissements, quelques petits calculs.
12 —	—	Crise hépatique, ictère, morphine, fièvre violente.
15 —	—	Reprise de la crise hépatique, ictère, vomissements, morphine, suite de cette crise jusqu'au 26.
2 nov.	—	Douleurs hépatiques, nausées, crampes au creux de l'estomac, état fiévreux.
9 —	—	Crise, incontinence d'urine, fièvre très forte.
16 —	—	Crise, fièvre, vomissements, attaque de nerfs, étouffements, ictère.
23 —	—	Fièvre, crise moins violente que les précédentes.
30 —	—	Crise aiguë, côté gauche autant que côté droit, morphine, fièvre 40°, céphalalgie, vomissements, étouffements, syncopes, ictère, deux accès de fièvre le 1er et le 2 décembre.
5 déc.	—	Fièvre dans la nuit, reprise de crise et céphalalgie.
21 —	—	Crise violente toute la journée, soirée et nuit, à 4 heures du matin morphine, forte fièvre, ictère.

ANNÉE 1901

4 janvier.	— Accès de fièvre violente, crise hépatique pendant huit heures, vomissements et ictère, morphine.
15 —	— Fièvre et crise toute la journée et toute la nuit.
21 —	— Nouvelle crise de 1 heure à 9 heures du soir, morphine.
22 —	— Vomissements, trois accès de fièvre à 39°, douleurs, morphine, côté droit très enflé.
4 février.	— Fièvre 40°, vomissements, deux syncopes, foie très douloureux, frissons, douleurs atroces.
8 —	— Crise légère, estomac, foie et reins ne me forçant pas à me coucher.
15 —	— Accès de fièvre la nuit. Douleurs vives, reins et foie « crise avortée ».
22 —	— Crise hépatique, morphine. A 10 heures du soir reprise aiguë de la crise. Deuxième morphine, vomissements, accès de fièvre, froids et chauds.
10 mars.	— Nouvelle « crise avortée », courte et supportable comme douleurs.
3 avril.	— Fièvre et douleur me forçant à me coucher, mais le lendemain après une forte transpiration c'était terminé.

Depuis le 3 avril 1901 jusqu'en février 1902 pas de crises, amélioration très grande de la digestion.

40 cachets salicylate et benzoate de soude en dix jours — purgation le onzième jour — repos dix jours et recommencer. Boire de la glycérine aux repas avec du vin blanc et de l'eau de Seltz — manger des soupes — des purées, des légumes, des crèmes et très rarement des viandes blanches.

II. — *Des cacodylates dans le traitement des anémies et en particulier de la cachexie palustre,*

par le Dr A. Billet.

Nous avons essayé comparativement les cacodylates de soude et de fer dans le traitement de *cent* cas d'anémies diverses, qui se décomposent de la façon suivante :

Anémie, suite de :	Par le cacedylate de seude	Par le cacodylate de fer.	Total.
Tuberculose pulmonaire...	4	4	8
Broncho-pneumonie......	2	1	3
Rhumatisme articulaire...	1	4	5
Fièvre typhoïde..........	3	7	10
Scarlatine................	1	4	1
Paludisme................	39	34	72
Total...	50	50	100

On le voit, c'est surtout dans le traitement de l'anémie et, en particulier de la cachexie palustre que nos essais ont été les plus nombreux.

Le mode d'administration des cacodylates a été la voie hypodermique qui, seule, fournit des résultats comparables entre eux et qui, en même temps, produit les effets les plus rapides, tout en exposant le moins aux accidents d'intoxication arsenicale, ainsi que M. le Prof. A. Gautier, l'a démontré.

Ces recherches sont principalement basées sur l'examen des trois facteurs essentiels de toute réparation physique et physiologique de l'anémie :

1° La numération des globules rouges ;

2° Le pourcentage de l'hémoglobine (1) ;

3° Les variations du poids.

Pour chaque malade, nous avons relevé ces trois données :

(1) L'hématimètre dont nous nous sommes servi est celui de Hayem-Nachet ; l'hématoscope, celui de Hénocque.

a) avant le traitement; *b*) avant et après chaque injection cacodylique.

On a pu ainsi en déduire le gain total consécutif au traitement et, par suite, le gain moyen obtenu après chaque injection.

Disons de suite que ces moyennes générales ont été :

Gain moyen par injection :

	1° Globules rouges par mm²	2° Hémoglobine (taux de l') pour 100 parties de sang	3° Poids (en kilogr.)
1° *Dans le traitement par le cacodylate de soude*	443.218	0,53	0,845
2° *Dans le traitement par le cacodylate de fer*...............	613.157	0,83	1,221

La médication cacodylique est donc bien la médication réparatrice par excellence, comme M. le Prof. A. Gautier l'a établi le premier.

Son action est essentiellement une action hématopoiétique. Dans certaines anémies, et en particulier dans la cachexie palustre, il semble que l'action des cacodylates de fer soit plus énergique et plus rapide que celle du cacodylate de soude ; en ce sens qu'elle s'exerce parallèlement sur les globules rouges et sur l'hémoglobine.

Nos recherches corroborent donc les résultats déjà obtenus par MM. Gilbert et Lereboullet avec le cacodylate de fer dans le traitement de certaines anémies rebelles, dont le fer était jusqu'ici considéré comme le seul spécifique.

Pour ne parler que de l'anémie suite de paludisme, dont le traitement a surtout fait l'objet de ces essais, les cacodylates se sont surtout montrés efficaces dans la cachexie palustre dite d'*emblée*, si fréquente en Algérie, à la suite d'un petit nombre d'accès, généralement pernicieux, de première invasion. Dans

ces cas, il n'est point rare de voir le nombre des globules descendre au-dessous de 200.000 par millimètre cube et le taux de l'hémoglobine au-dessous de 8 p. 100, comme M. Kelsch l'a observé depuis longtemps.

Or, le nombre d'injection (de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 pour le cacodylate de soude, de 0 gr. 03 pour le cacodylate de fer) nécessaire pour rétablir le nombre physiologique des globules et le taux normal de l'hémoglobine a été :

	Pour le cacodylate de soude.	Pour le cacodylate de fer.
	—	—
De 8 à 10 injections......	2 fois	0 fois
7 —	4	1
6 —	11	3
5 —	16	9
4 à 3 —	6	21

Le chiffre moyen de globules récupérés par injection a été .

	Pour le cacodylate de soude.	Pour le cacodylate de fer.
	—	—
Entre 200.000 et 300.000 par mm².	3 fois	» fois
300.000 400.000 —	9	»
400.000 500.000 —	12	3
500.000 700.000 —	14	26
700.000 800.000 —	»	5

Le taux moyen d'hémoglobine récupérée par injection a été :

	Pour le cacodylate de soude.	Pour le cacodylate de fer.
	—	—
Entre 0,30 p. 100 et 0,40 p. 100...	9 fois	» fois
0,40 — 0,50 —	12	»
0,50 — 0,60 —	10	2
0,60 — 0,70 —	9	3
0,70 — 0,80 —	8	7
0,80 — 1 —	»	21

Nous avons également recherché si la rénovation des globules

rouges et de l'hémoglobine, en ce qui concerne le cacodylate de fer tout au moins, se faisait dans des conditions aussi rapides que celles qui ont été signalées en particulier par MM. Vidal et Merklen (1) et par M. le Dr Chiappori (2).

Or, d'après nos numérations effectuées dans dix cas différents, nous avons constaté que :

1° L'augmentation globulaire subit, dès la première demi-heure après l'injection, une ascension assez brusque et assez élevée qui varie entre 340.000 (chiffre minimum) et 620.000 globules rouges (chiffre maximum), soit une moyenne de 472.000 globules après cette première demi-heure ;

2° Cette augmentation s'accroît assez régulièrement les heures suivantes. Elle est, en moyenne, de 591.400 globules au bout d'une heure, de 705.400 au bout de trois heures, de 727.700 au bout de six heures; puis elle se maintient sensiblement à ce chiffre pendant toute la première journée, pour redescendre lentement à 700.600 au bout du deuxième jour, et à 656.000 au bout du troisième.

A partir de ce moment, le nombre des globules paraît demeurer définitivement stationnaire.

Il semble donc que la durée nécessaire pour amener une augmentation à peu près stable des globules, soit de trois à quatre jours.

De cette constatation résulte une donnée pratique assez importante, à savoir qu'il n'est pas indispensable de pratiquer des injections journalières. Il semble indiqué, au contraire, de ne répéter ces injections que tous les trois ou quatre jours *afin de permettre à l'hématopoïèse de se rétablir d'une façon régulière et continue.*

En tout cas, dès que le chiffre physiologique de globules est

---

(1) Action de la médication cacodylique (*Soc. méd. des hôpit.*, 2 mars 1900).

(2) De l'azione terapeutica ed ematopoietica del cacodilato di sodo, etc. (*Giorn. d. Reale Accad. di Med. di Torino*, 1901, VII, et *Riforma med.*, 1901, nos 91-95).

atteint, il ne peut plus être dépassé. Nous l'avons constaté mainte et mainte fois, comme d'autres observateurs du reste. Il semble donc indiqué également de cesser les injections dès que le chiffre normal de globules est atteint.

3° Le taux de l'hémoglobine subit, lui aussi, un accroissement qui paraît être plus constant que celui des globules, en ce sens qu'il ne subit pas de courbe d'abord ascendante, puis descendante, mais, au contraire une courbe régulièrement ascendante, soit la moyenne :

0,52	p. 100	une demi-heure	après	l'injection.
0,61	—	1	—	—
0,73	—	3	—	—
0,82	—	6	—	—
0,87	—	24	—	—
1,00	—	2	jours après	—
1,10	—	3	—	—

En ce qui concerne l'action particulière de la médication cacodylique sur certains organes, nous n'avons que très rarement constaté des troubles d'intolérance gastro-intestinale, soit :

La sècheresse de la bouche seule, 7 fois ;

La sensation de goût alliacé, 9 fois.

Quant à l'albumine, nous n'en avons décelé des traces que dans deux cas seulement.

Enfin, dans aucun cas, nous n'avons eu à déplorer d'accident local (induration, abcès, eschares, etc.), grâce à une asepsie rigoureuse dans la pratique de nos injections, dont le nombre s'est pourtant élevé à 495.

Quant aux *résultats éloignés* de la médication, nous avons eu l'occasion de revoir quelques-uns de nos malades au bout d'un intervalle de temps variant entre plusieurs semaines et plusieurs mois. Or, dans tous ces cas, à échéance plus ou moins éloignée, nous avons pu nous assurer que le nombre des globules et le taux de l'hémoglobine avaient peu varié. La médication cacodylique semble donc bien être la médication « de choix et d'action à longue portée (1) ».

(1) *Acad. de méd.*, 30 mai 1899.

BIBLIOGRAPHIE

Radiothérapie et Photothérapie, par le Dr L.-R. Régnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné. (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Depuis les origines de la médecine, l'influence bienfaisante de la lumière solaire a été empiriquement reconnue et utilisée : depuis environ un siècle seulement, des données positives ont été acquises sur son mode d'action. L'utilisation curative de la lumière artificielle remonte à peine à quelques années.

Après un rapide exposé de l'action physiologique de la lumière et des rayons X, le Dr Régnier étudie l'héliothérapie et surtout l'électro-photothérapie; il décrit les divers appareils inventés pour les bains de lumière artificielle et leurs effets physiologiques. Puis il passe aux indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie; il montre l'utilisation de la chaleur radiante lumineuse dans les maladies par ralentissement de la nutrition, dans les maladies des organes respiratoires et dans les affections génito-urinaires ou chirurgicales; il étudie l'action de la lumière froide, de la lumière colorée et des rayons actiniques dans les maladies nerveuses, les fièvres éruptives et le lupus.

Il termine par l'étude de la radiothérapie.

Les Progrès de la science et leurs volontaires délaissés. Projet de réorganisation suivi de la loi du 23 juillet 1901 créant une caisse de recherches scientifiques, par M. le Dr Roussy, maître de conférences à l'école pratique des Hautes-Etudes (au Collège de France), etc., etc. (Un volume in-8 de 194 pages. Paris : Rousset, éditeur.) Prix : 4 fr.

De grands sacrifices ont été faits, en France, pour organiser la Vulgarisation des connaissances bien acquises du Connu, mais peu de chose a été fait encore pour organiser l'Investigation de l'Inconnu et la Conquête de la Science.

Les Volontaires des Progrès de la Science positive et de la Pensée sont trop souvent paralysés par le manque de ressources de tous genres. Ils sont plus ou moins délaissés.

De là de grandes misères et de grandes injustices.

De là, aussi, la stérilité ou la perte d'une grande partie de la Force intellectuelle de la France. Jamais, cependant, elle n'a eu un plus grand besoin de la féconder, surtout en présence des immenses sacrifices faits par les Nations rivales, l'Amérique et l'Allemagne principalement.

Il y a là un grand Péril dont l'auteur s'efforce d'indiquer le Remède, après avoir fait un grand nombre de considérations du plus haut intérêt sur l'Origine, la Nature, les Bienfaits, l'Avenir, etc., de la Science, sur la Philosophie de la Science.

Un chaleureux appel est adressé à l'Etat, à la Société et aux Riches surtout, en faveur des Progrès de la Science et de leurs Volontaires.

Les Chambres, on le sait, ont voté, tout récemment, une excellente « Loi portant création d'une Caisse de Recherches scientifiques, investie de la personnalité civile. » (Journal officiel du 23 juillet 1901.)

Cette Loi prouve l'opportunité de l'ouvrage de M. Roussy, tout en donnant un commencement de satisfaction aux nombreux desiderata qui y ont été antérieurement formulés. Mais, il ne faut point s'arrêter là. La situation exige beaucoup plus, ainsi que cela ressort du contenu de cet ouvrage.

En définitive, ce volume, écrit en style élevé, clair et précis, mérite d'être lu tout entier et profondément médité.

Aperçu historique sur les ferments et fermentations normales et morbides s'étendant des temps les plus reculés à nos jours, par M. le Dr Roussy, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (au Collège de France), etc. Un volume in-8° de 442 pages. Prix : 7 francs. Rousset, éditeur.

La littérature scientifique présente une grande lacune : elle ne possède pas encore une Histoire générale des Ferments et des Fermentations.

Ce nouvel ouvrage de M. le Dr Roussy tend à combler cette lacune.

L'auteur embrasse, dans un immense Aperçu général, à la fois historique et didactique, toutes les perspectives de la Biologie, jusque dans leurs couches les plus profondes et les plus obscures, et cela, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Il s'efforce de dégager de ces différentes branches les Notions de Ferment et de Fermentation qui y sont cachées, d'établir la succession et l'enchaînement des Faits, des Idées et des Théories qui s'y rapportent.

L'Histoire de la Médecine, de toutes ses Doctrines et même de la Biologie tout entière, est profondément fouillée.

On voit, ainsi, les Notions de Ferment et de Fermentation passer, de l'Etat métaphysique qu'elles présentaient pendant l'Antiquité et le Moyen Age, à l'Etat positif, avec l'avènement et le développement incessant, dans le cours de l'Epoque moderne, de l'Esprit scientifique, des grandes Académies, de la Méthode expérimentale et du Dogmatisme expérimental.

Ce savant et très original ouvrage est, en somme, un Exposé général de l'Histoire de la Science, qui intéressera aussi bien les Médecins, les Vétérinaires, les Microbiologistes, les Botanistes, les Chimistes, les Physiologistes, les Histologistes en général, que les Historiens de la Science, les Philosophes et tous ceux qui suivent les Progrès de la Science positive et de la Pensée.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Sanatorium de fortune pour tuberculeux pauvres. — Pour empêcher l'éclosion de la tuberculose, M. Brunon (*Gazette des eaux*) est d'avis qu'il faut s'adresser à ses causes qui sont l'alcoolisme, le confinement dans les maisons urbaines, la sédentarité dans les ateliers et les collèges, la vie dans les villes, l'ignorance des lois de l'hygiène.

Pour parer au plus pressé, pour enrayer la marche de la maladie, pour sauver les malades susceptibles de guérison, il faut les transporter hors des villes et les soumettre à une aération continue.

Le sanatorium construit à grands frais n'est pas indispensable pour appliquer le traitement.

Nombre de malades de fortune modeste se guérissent en faisant la cure purement et simplement à la campagne.

Par conséquent, les indigents des hôpitaux peuvent bénéficier de la même méthode, un sanatorium étant *créé* par cela même qu'un abri au grand air est donné aux malades. Aussi M. Brunon propose-t-il l'installation des tuberculeux curables des hôpitaux, soit dans des bâtiments déjà existants achetés ou loués par l'Assistance publique en dehors de la ville, soit dans les petits hospices cantonaux transformés en « sanatoriums de fortune ».

Sa conclusion est : pour les tuberculeux indigents, ne *construisez* pas de sanatoriums et *créez-en* partout.

Hygiène.

Le bain, source d'infection. — E. Winternitz de Tübingen rappelle (*Klinish. Thérap. Wochens.*, 6 octobre 1901) que Sticher et Stroganoff ont incriminé les bains et en font une source d'infec-

tion dangereuse dans la grossesse; cet auteur a voulu se rendre compte et voir si vraiment les germes contenus dans l'eau du bain pouvaient venir infecter le vagin de la malade soumise à ce traitement. Deux moyens peuvent être employés pour s'en rendre compte; on peut d'abord mettre dans l'eau du bain une substance chimique inoffensive pour l'organisme et regarder si elle se retrouve dans les sécrétions vaginales. On peut aussi infecter l'eau avec un microbe qui ne se trouve pas dans lesdites sécrétions par exemple le B. prodigiosus, et examiner s'il ne se communique pas à ces sécrétions par l'intermédiaire de l'eau du bain. L'auteur a employé le moyen chimique et arrive aux conclusions suivantes : 1° la pénétration de l'eau du bain dans le vagin n'est pas constante; 2° il est logique cependant de mettre aux baignoires des vannes et des robinets qui soient faciles à désinfecter et à nettoyer. Les vannes de cuivre semblent répondre à ces desiderata; 3° un bain ne doit jamais servir qu'une seule fois; 4° après chaque bain, il est bon de désinfecter les organes génitaux externes des femmes grosses; 5° si ces règles sont observées, le bain ne doit plus être regardé comme une source d'infection pour les femmes enceintes.

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e

BULLETIN

Malaria et cancer. — Tuberculeux et tuberculeuses célèbres. — Le téléphone chez les médecins. — La propagande anti-tuberculeuse. — La cure par le plein air. — Produit destiné à empêcher l'altération des vins. — Extractions des corps libres articulaires.

Un médecin de Bologne, lisons-nous dans la *France médicale*, a trouvé un remède efficace, un sérum contre le cancer. Il inocule aux cancéreux la malaria. Un grand nombre de guérisons auraient été obtenues. Une communication officielle sera, paraît-il, incessamment faite à ce sujet à la presse, puis par le gouvernement italien aux gouvernements étrangers.

***

La liste des tuberculeux et des tuberculeuses célèbres serait longue, dit la *Revue internationale de la tuberculose*. Voici quelques noms :

1° Parmi les *acteurs et auteurs* : Molière, Desclée (la première « Dame aux Camélias », coïncidence curieuse d'une actrice tuberculeuse, remplissant le rôle d'une tuberculeuse).

2° Parmi les *poètes et hommes de lettres* : Malfilatre, le philosophe Guyau, Glatigny, Hégésippe Moreau, Leopardi, de Galloix, Louis Bertrand, Tellier, Shelley, La Boétie (?), Tonnellé, Maurice de Guérin, Retté, le romancier Després (Louis).

3° Parmi les *médecins* : Bichat, Laënnec, Thaon ; le chirurgien Henriet; le chimiste Henninger, professeur agrégé à la Faculté de Paris; Dolbeau, etc.

4° Parmi les *musiciens* : Chopin, l'ami de George Sand (qui a raconté les premières phases de la maladie du grand artiste).

5° *Souverains et hommes politiques* : Avant la fin du XVIIIe siècle, le diagnostic de tuberculose est difficile à établir pour les personnages historiques, surtout quand il s'agit de tuberculoses *extra pulmonaires*. La fameuse *consomption* et la *fièvre hectique* étaient si communes et il est si difficile de remettre une étiquette répondant à la bacillose moderne!

***

La Société médicale des praticiens a voté dernièrement, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant : « La Société médicale des praticiens : considérant que M. le prof. Debove, doyen de la Faculté de Médecine, a obtenu de M. le sous-secrétaire d'Etat à l'administration des postes, télégraphes et téléphones une diminution de 50 p. 100 dans le prix de l'abonnement au téléphone pour les professeurs de la Faculté de Médecine; considérant que cette réduction ne peut avoir pour but que de permettre à ces éminents docteurs de se rendre plus facilement à l'appel de leurs riches clients ; considérant que, dans notre pays d'égalité, tout le monde, surtout le pauvre, a droit à être rapidement secouru en cas de maladie; a l'honneur de demander à M. le sous-secrétaire d'État d'accorder la même faveur à tous les médecins praticiens de Paris. »

Et ce serait justice !

***

La Compagnie générale des allumettes de la République Argentine aurait mis en circulation, dit la *Presse médicale*, une série de 3.500.000 boîtes d'allumettes portant imprimées des instructions contre la propagation de la tuberculose, en même temps que des portraits de médecins qui se sont spécialement occupés de cette maladie.

* * *

M. Carvette est un partisan convaincue du grand air et du plein air. Il voudrait dit la *Médecine moderne*, que tout le temps et par tous les temps, qu'il fasse froid, ou chaud, par la pluie ou par le soleil, le jour comme la nuit, l'hiver comme l'été, les malades fussent maintenus en plein air, convenablement protégés contre les variations de température. Les lits seraient placés sur une pelouse, sous les arbres, sous une véranda ou sous une tente appropriée à cet effet.

Les maladies qui lui paraissent devoir bénéficier le plus utilement de ce mode de traitement sont : l'anémie, la bronchite, le rhumatisme, l'aliénation mentale, l'alcoolisme, la rougeole, la diphtérie, le mal de Bright, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la tuberculose, les graves opérations chirurgicales, etc.

D'après l'expérience personnelle de l'auteur, les malades guériraient en deux fois moins de temps que par la système suranné de la chambre close.



Il existe dans le commerce une poudre destinée à empêcher les altérations des vins de qualité inférieure, c'est un mélange de carbonate de chaux, de talc et de farine de moutarde noire. On sait que cette dernière doit sa propriété la plus caractéristique à une essence spéciale qui ne préexiste pas dans la graine et dont la formation nécessite l'intervention de l'eau. Cette essence jouit d'un pouvoir antiseptique puissant que les bactériologistes ont plus d'une fois constaté dans leurs recherches sur l'action comparée des substances capables d'influencer le développement des microbes.

Quoique, dans la proportion où elle est employée, la poudre en question ne communique pas au vin un goût assez sensible pour permettre de soupçonner sa présence d'une part, et que de l'autre la dose d'essence de moutarde absorbée soit loin d'at-

teindre celle que l'on ingère fréquemment quand on se sert de la moutarde de table comme condiment, le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, sur la proposition de M. Guignard, en condamne l'usage dans la crainte que cette pratique ne serve plutôt au traitement de vins ayant déjà subi une altération plus ou moins prononcée, altération qu'elle serait destinée à modérer ou à masquer.



Comme il n'est pas toujours aisé de fixer un corps libre articulaire, M. Roux (de Lausanne) conseille de se servir d'une longue aiguille de chirurgie avec laquelle on l'embroche tout d'abord pour le clouer ensuite contre le fémur. La pression de cet instrument peut être assez douce au début pour ne pas chasser le corps libre comme le fait parfois la pression du bistouri. Dès que l'on sent que la pointe de l'aiguille a pénétré, on l'enfonce à petits coups frappés avec le manche d'un instrument un peu lourd, jusqu'à ce qu'elle pénètre dans l'os au-devant duquel se trouve le corps libre qui cesse de l'être. On peut alors tout à son aise, passer le bistouri au ras de l'aiguille et pénétrer d'un seul coup à travers la capsule articulaire. L'incision étant suffisante, on relève l'aiguille coiffée du corps libre. L'opération est si vite exécutée, si simple, que c'est à peine s'il est besoin d'anesthésie; on peut ajouter, dit M. Roux, qu'elle ne manque pas d'élégance.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 25 JUIN 1902

III. — *Une observation de migraine traitée par l'arrhénal*, par le Dr EDMOND CHAUMIER, de Tours.

Je suis migraineux depuis les premières années de ma vie ; dès l'âge de trois ou quatre ans, j'avais fréquemment des migraines qui me faisaient vomir.

Cette migraine est un héritage. Mon père et ma mère étaient migraineux ; la sœur de mon père était migraineuse. Mes frères ont la migraine, etc.

D'un autre côté je relève dans ma famille : la goutte, le diabète, les dyspepsies, l'obésité, l'eczema, etc., manifestations de l'arthritisme.

Entre 9 et 18 ans, étant au collège, j'avais la migraine presque régulièrement deux fois par semaine, le lundi et le vendredi, parce que les occupations du dimanche et du jeudi, n'étaient pas les mêmes que celles des autres jours; surtout je crois, à cause des promenades, trop longues pour moi, qui étais très peu musclé et peu résistant à la fatigue. — Étant étudiant j'avais encore fréquemment la migraine, presque toutes les semaines ; mais rarement je vomissais; fréquemment je souffrais assez pour ne pas pouvoir travailler.

Depuis que j'exerce la médecine, j'ai continué à avoir mon affection. C'est exceptionnel que je sois obligé de me coucher, ou bien que je ne puisse me lever le matin ; cela ne m'arrive guère qu'une fois par an ou qu'une fois tous les deux ans. Mais les jours de migraine, tout en allant voir mes malades ou en faisant ce que je suis forcé de faire, je souffre, et suis très mal à l'aise. De plus, je suis presque absolument incapable de mener à bien un travail intellectuel; par exemple, écrire un article sur un

sujet de médecine, même sur un sujet m'intéressant particulièrement.

Étant enfant, on m'a fait prendre du sulfate de quinine, du café, du sirop antiscorbutique, du vin de quinquina. Tout cela sans résultat.

Plus tard, j'ai pris du paullinia. Avec 1 gr. 50, pris au début de la migraine, la nuit, je coupais mes accès ; au bout de peu de jours il me survenait un nouvel accès que je coupais encore, mais après avoir ainsi fait disparaître trois ou quatre accès, il m'en survenait un plus fort contre lequel le paullinia restait sans effet, et que je devais subir.

Le paullinia avait chez moi un inconvénient : il produisait des douleurs d'estomac, et comme j'étais un peu détraqué d'avance du côté de cet organe, j'abandonnai ce remède.

Je dois dire ici qu'une fois, je pris au milieu d'un demi-sommeil une dose très grande de paullinia qui produisit des symptômes singuliers. Je fus pris presque aussitôt de tremblements tels que je faisais remuer mon lit. Ces tremblements durèrent plusieurs heures. En même temps je souffrais de l'estomac.

Lorsque vint l'antipyrine, j'y eus recours comme tant d'autres. Je crus que l'antipyrine allait non seulement faire disparaître les accès, mais les éloigner, les supprimer même. Mais l'antipyrine, sans être aussi infidèle que le paullinia, ne faisait pas disparaître tous les accès ; de plus, comme je le dirai tout à l'heure, il vint un moment où elle n'agit plus du tout, pour recommencer à agir un peu plus tard.

J'avais toujours eu une gorge laissant fort à redire : mes amygdales grossissant souvent, sécrétant des matières caséeuses, devenant plus ou moins sensibles; le pharynx et surtout le pharynx nasal sécrétant continuellement des mucosités. La respiration s'était toujours effectuée par le nez, mais mal, ce qui fit que j'ai toujours été pâle, surtout étant enfant ; ce qui, encore, a été cause, sans doute, de la faiblesse musculaire dont j'ai déjà parlé.

Je savais qu'on avait guéri des migraines en cautérisant la

muqueuse nasale, je connaissais les travaux de Ruault sur les réflexes d'origine nasale. Je voulus essayer de ce traitement local.

Ruault me fit un certain nombre de fois des cautérisations de la muqueuse des cornets à l'aide du galvanocautère. Il me fit du brossage du pharynx à l'aide de la brosse de peintre recoupée, imbibée d'iode ; mais cela ne fit pas disparaître mes accès de migraine.

Ce traitement, cependant, me fit voir que très certainement la muqueuse du nez et la migraine ont d'étroits rapports, car chaque cautérisation déterminait un accès.

Plusieurs fois aussi, j'ai tenté un traitement général contre l'affection dont je souffrais; c'est ainsi que à trois ou quatre reprises je fis, sans succès, du reste, une cure avec la liqueur de Fowler ; c'est ainsi qu'avec le plus grand espoir de guérir, je me mis à boire de l'eau exclusivement; cela depuis 18 ans déjà. Mon estomac a profité de ce régime, mais j'ai eu tout autant de migraines.

J'avais eu plusieurs fois des douleurs vagues dans les jointures. J'avais parfois remarqué que certaines articulations des doigts étaient douloureuses à la pression ; mais cela avait une courte durée. En 1882 ou 1883, j'eus pendant deux ou trois jours une douleur assez vive dans un genou, qui me fit craindre d'être pris de rhumatisme articulaire.

A diverses reprises, aussi, je fus pris de névralgies plus ou moins intenses, mais ne durant que quelques jours, névralgies au niveau de la hanche, au niveau des dernières côtes, etc.

Il y a cinq ans, plusieurs jointures devinrent progressivement douloureuses et la douleur alla augmentant. Les coudes et surtout les épaules étaient pris; mais plusieurs autres articulations me faisaient un peu souffrir. En même temps je sentais la force diminuer considérablement dans les bras ; certains mouvements m'étaient très pénibles et j'avais, par exemple, une peine très grande à ouvrir la grille de la rue, fermant mon jardin.

En même temps mes accès de migraine se faisaient de plus

en plus fréquents, venant jusqu'à trois, quatre, cinq fois dans une semaine, et me laissaient si fatigué les jours intercalaires que je n'avais ni la force, ni le courage de travailler. J'étais devenu absolument neurasthénique. Je n'étais bon à rien. Je m'ennuyais considérablement. — L'antipyrine, qui jusque-là réussissait à faire disparaître le plus grand nombre de mes accès, tout en me laissant plus ou moins abruti toute la journée, n'avait plus d'action. Une dose de 3 grammes, prise en une fois ne produisait qu'un malaise plus considérable et parfois un agacement assez grand dans les jambes qui faisait que je ne pouvais rester en place. Bien des fois, avant et depuis, ce phénomène s'est produit surtout la nuit suivant celle où j'avais pris de l'antipyrine; mais jamais le symptôme d'empoisonnement, sans doute, ne se montra aussi marqué qu'au moment dont je parle.

En août, cette année-là, je fis un voyage en Bretagne. Mes douleurs articulaires étaient un peu diminuées; une de mes épaules était encore sensible; l'autre un peu plus. Les mouvements étaient limités, j'avais de la raideur des muscles de l'épaule.

Une chose que j'ai oublié de noter, c'est que, bien que les articulations des épaules elles-mêmes dussent participer à l'affection puisqu'il y avait quelques craquements, c'était surtout en dehors des articulations que siégeait le mal, et je ne serais pas éloigné de croire que j'avais des névrites multiples, car il y avait de la douleur à la pression sur le trajet des principaux troncs nerveux. — J'ai déjà parlé de la perte de force musculaire qui survint en même temps.

Pendant mon voyage en Bretagne, je fus pris tout d'un coup de douleurs tellement atroces dans la région gastro-hépatique que je crus que j'allais succomber. Je m'étais réfugié chez un pharmacien. Je réclamais une piqûre de morphine; mais on ne pouvait trouver de médecin pour me la faire, et le pharmacien qui avait une peur bleue de me voir mourir chez lui, disait n'avoir pas de seringue.

Lorsque vint un confrère me proposant une piqûre, mes dou-

leurs étaient en décroissance, je refusai. Avais-je eu là des coliques hépatiques? Je l'ai cru un instant. J'avais déjà eu des diminutifs de cette crise, diminutifs que j'avais appelés *gastralgie*.

J'allai à Vichy passer le reste des vacances. Je vis Glénard qui me dit qu'il ne s'agissait pas de coliques hépatiques, mais de douleurs ayant le côlon pour siège; et depuis, ayant eu plusieurs fois de très légères crises semblables, je pus délimiter le siège de la douleur, et c'est bien réellement l'intestin qui est en cause, et le massage du point douloureux fait avorter la crise.

Après le traitement de Vichy j'avais la migraine à peu près aussi souvent, mais j'étais moins anéanti, moins neurasthénique, et, chose importante, l'antipyrine agissait à nouveau sur moi.

Pendant toute l'année je fus moins fatigué bien que j'aie souvent la migraine, bien que ma douleur d'épaule, très atténuée, persistât encore.

Je m'étais fait masser à Vichy; l'année suivante j'allai me faire masser à Aix. J'avais encore de la raideur d'une épaule.

Dans le courant de l'année qui suivit, mon état s'améliora et mon épaule ne me faisait pour ainsi dire plus souffrir. Les accès de migraine s'étaient éloignés; j'avais un certain nombre de jours pendant lesquels je pouvais travailler. Je ne m'ennuyais plus.

Dans le courant de l'été 1901 mes accès migraineux augmentèrent peu à peu de fréquence, mes épaules se remirent à me faire souffrir, la droite surtout. Je ne pouvais pas dormir sur le côté droit, ni même y rester couché un instant. L'épaule gauche se prit aussi, quoique à un moindre degré, et je fus obligé de dormir sur le dos. Le moindre mouvement la nuit m'était très douloureux, le jour je souffrais moins, n'étant pas obligé de m'appuyer.

En même temps ma neurasthénie revenait. A partir de décembre 1901, je ne peux plus travailler; je ne peux plus lire. J'ai la migraine presque tous les jours et si j'ai deux ou trois jours d'à peu près bons dans la semaine, je reste tellement anéanti que je n'ai pas le courage de faire quelque chose d'intéressant.

Si je veux lire ou écrire, au bout d'un temps relativement

court, je sens une fatigue semblable à celle qu'on éprouve après un travail cérébral excessivement prolongé.

Cependant l'antipyrine agit sur beaucoup de mes accès et je peux mener ma vie habituelle. Seulement, je ne peux pas travailler pour moi.

En janvier, et jusqu'au 15 février, je suis obligé de me surmener horriblement. A cause de la variole de Londres, on est forcé à l'établissement vaccinal dont je m'occupe, de fabriquer un nombre colossal de tubes ; les derniers quinze jours on fait de 5 à 6.000 tubes par jour. Mon travail ne consiste pas seulement à surveiller, mais à vacciner les animaux, et à récolter le vaccin, ne voulant pas laisser à d'autres ce soin.

Pendant ce temps, je n'eus pour ainsi dire pas la migraine, mais j'étais absolument éreinté, et il m'eût été absolument impossible de lire même un journal.

Le temps du surmenage passé, la migraine revint ainsi que l'état neurasthénique. C'était au point que j'avais, depuis le commencement de novembre, mon bureau encombré d'épreuves d'imprimerie et que je ne me sentais pas capable de faire les corrections.

J'en étais là, lorsque je sus, surtout par le Dr Bartoli, mon beau-frère, qui suivait les visites de mon savant ami Albert Robin, les merveilleux effets obtenus à la Pitié avec l'arrhénal que le professeur Gautier venait de faire connaître.

Je pensai que l'arrhénal pourrait bien avoir une action sur moi.

Déjà j'avais employé l'arsenic à haute dose et les cacodylates dans la chorée avec les meilleurs résultats.

Déjà j'avais guéri un cas de coqueluche, avec l'acide arsénieux à haute dose, employé selon la méthode adoptée par M. Comby pour le traitement de la chorée.

Voici le raisonnement qui m'avait amené à user de l'arsenic dans la coqueluche, et qui m'amena aussi à me soigner avec l'arrhénal :

Dans le diabète, l'antipyrine, comme l'a tout d'abord démontré Albert Robin, diminue le sucre dans d'énormes proportions, et

ce faisant améliore l'état du diabétique. Ce que fait l'antipyrine, l'arsenic le fait également, et M. Renaut, de Lyon, obtient de grands succès avec ce médicament.

Dans la chorée, l'antipyrine est un des meilleurs médicaments; en quelques jours elle diminue considérablement les mouvements; mais l'arsenic à hautes doses agit de même, et mieux encore que l'antipyrine, puisque avec lui on guérit la plupart des chorées en huit ou dix jours.

Dans la coqueluche également, l'antipyrine fait presque merveille; pourquoi l'arsenic n'agirait-il pas aussi bien? Et j'ai prouvé qu'avec l'acide arsénieux on pouvait guérir en une dizaine de jours des coqueluches donnant 30 ou 40 quintes par jour.

Mais l'antipyrine, à l'heure actuelle, est encore le meilleur médicament contre les accès de migraine. Est-ce que l'arsenic, qui, dans plusieurs maladies dans lesquelles l'antipyrine réussit, donne d'aussi bons résultats que cette dernière, ne pourrait pas agir efficacement contre la migraine? Voilà la question que je me suis posée et que j'ai cherché à résoudre en prenant de l'arrhénal.

C'est vers la fin de mars que je commençai ce médicament. Je pris d'abord 2 centigrammes et demi pendant 8 jours; puis je me reposai 5 jours, je pris ensuite 5 centigrammes pendant 5 jours; je continuai 5 jours de traitement, 5 jours de repos, mais je revins à 2 centigrammes et demi et 3, dose que je prends encore actuellement. Les premiers jours je n'observai rien de particulier. Bientôt j'eus 4 jours sans migraine, 4 jours de bonne santé, pendant lesquels je pouvais travailler, lire, penser. Puis j'eus un accès moyen de migraine. Ensuite s'écoulèrent 16 jours pendant lesquels je n'eus qu'un léger accès; puis j'eus encore un accès, et depuis 12 jours il n'est plus question de migraine, j'espère que mes accès, s'ils ne disparaissent pas complètement, iront s'éloignant et me laisseront un grand nombre de jours en bonne santé.

Les douleurs d'épaule n'ont pas encore disparu, mais elles semblent s'atténuer. Ce qu'il y a de remarquable, chez moi, à la suite du traitement par l'arrhénal, c'est que non seulement mes

migraines se sont éloignées, mais dès les premiers jours je me suis senti revivre. La neurasthénie avait disparu, je pouvais travailler et le travail ne me fatiguait pas. Actuellement je puis veiller assez tard le soir, alors qu'à neuf heures, il y a 2 mois j'étais forcé de me coucher. Et si je veux donner une preuve évidente de la chose, je dirai qu'actuellement *il est minuit*, que je ne me sens pas fatigué, et que j'ai commencé après neuf heures à écrire cette observation.

Je ne veux pas conclure d'après ma seule observation que l'arrhénal sera toujours aussi efficace contre la migraine; mais comme il m'a réussi, j'ai cru devoir communiquer ma propre observation, pour que d'autres puissent essayer ce médicament dans des cas semblables, et aussi par reconnaissance vis-à-vis de ceux qui m'ont suggéré par leurs travaux l'idée d'employer l'arrhénal.

DISCUSSION

M. Bardet. — L'observation de M. Chaumier est très intéressante et mérite d'être commentée, tant au point de vue pathologique qu'au point de vue thérapeutique.

1° Au point de vue pathologique il n'est pas douteux que le malade est atteint d'une véritable *hypersthénie*, c'est-à-dire d'une exaltation générale fonctionnelle, caractérisée surtout par l'importance des processus dénutritifs, son coefficient azoturique est certainement augmenté dans d'importantes proportions. L'auteur ne dit malheureusement rien de l'état gastrique, mais je suis convaincu que les migraines accompagnent chez lui un état d'hypersthénie gastrique permanent.

2° Le résultat de la médication par l'arrhénal corrobore ces déductions, car l'arrhénal a pour propriété principale, comme l'arsenic, comme l'antipyrine, d'abaisser le coefficient azoturique et d'arrêter le processus dénutritif.

Cette observation m'intéresse d'autant plus qu'elle vient à

l'appui de l'argumentation que je présentais dans la dernière séance, à savoir : que l'arrhénal semblait devoir rendre des services considérables dans le traitement de l'hypersthénie fonctionnelle.

Albuminurie d'origine rhino-pharyngienne guérie en trois jours par le siphon de Weber,

par Paul Gallois.

En 1897 (*Bulletin médical*, 26 septembre) je signalais les lésions chroniques du rhino-pharynx comme une des causes possibles de néphrite. En effet, ayant été chargé de la consultation de l'hôpital Lariboisière, j'avais fait examiner dans le service laryngologique de M. Gouguenheim les enfants chez lesquels j'avais constaté une néphrite. Des cinq enfants albuminuriques soumis à cet examen spécial — le premier avait une rhinite hypertrophique avec des végétations adénoïdes, — le second était adénoïdien, — le troisième avait une rhinite avec sécrétion purulente, — le quatrième, des végétations disséminées, — le cinquième, une hypertrophie de tissu adénoïde et une déviation de la cloison. Ces observations ont été publiées la même année dans la thèse de Letainturier de la Chapelle.

Si la coexistence d'une infection rhino-pharyngée et d'une néphrite n'a pas attiré suffisamment l'attention, elle ne doit cependant pas être très rare. En effet dans le premier numéro de son journal (*Bull. de laryngol. otolog. et rhinol.*, 30 mars 1898), Castex, désirant montrer aux lecteurs le siège et la disposition des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, publie des dessins d'une pièce anatomique (p. 34). Au-dessous de la légende il met entre parenthèses la phrase suivante : « Ces figures ont été prises à l'autopsie d'un adénoïdien que nous devions opérer et qui a succombé à une néphrite aiguë quelques jours avant. »

Comment expliquer cette coexistence d'une néphrite et d'une

affection de la grotte faciale? L'hypothèse qui me paraissait la plus vraisemblable était celle d'une infection à porte d'entrée rhino-pharyngienne. Le muco-pus sécrété dans le cavum me semblait constituer une réserve microbienne toujours prête à infecter l'organisme à la première occasion favorable : grippe, rougeole, scarlatine, etc. Je conseillais par suite de faire une antisepsie constante des cavités aériennes de la face chez ces malades, dans le but de les mettre à l'abri d'infections générales pouvant se traduire par de la néphrite ou de l'endocardite.

Mais cette notion de l'origine rhino-pharyngienne possible de certaines néphrites ne comportait guère qu'un intérêt théorique. Quels résultats pratiques pourrait-on en tirer? Pour le moment j'espérais que la désinfection des cavités nasales chez les enfants dont le cavum était infecté les mettrait à l'abri d'une néphrite possible. Mais il n'était guère facile de démontrer l'efficacité de ce traitement prophylactique. Un adénoïdien soumis à des pulvérisations boriquées journalières n'a pas de néphrite, comment prouver que c'est à ces pulvérisations qu'il a dû cette immunité?

Dans une observation que j'ai signalée dans mon livre sur la *Scrofule* (p. 265), j'ai cru avoir saisi sur le fait la réalité de l'origine spéléopathique d'une néphrite et l'heureux effet de la désinfection nasale. Il s'agissait d'une jeune femme adénoïdienne atteinte de scarlatine. A l'examen de sa gorge on voyait un muco-pus abondant descendre de son cavum, et je me disais que si la néphrite scarlatineuse était, comme je le pensais, le résultat d'une infection d'origine rhino-pharyngée, cette malade était particulièrement menacée. Je conseillai le nettoyage du nez au moyen du siphon de Weber. Ce siphonage fut fait pour la première fois au quatrième jour de la scarlatine. Le soir même les urines, saines jusque-là, présentaient un flot d'albumine rétractile assez considérable pour faire penser à une néphrite véritable, et non à l'albuminurie fébrile des premiers jours de la scarlatine.

Je me reprochai de n'être pas intervenu assez tôt, et d'avoir ainsi laissé s'installer une néphrite que j'aurais dû empêcher de se produire. Dans l'espoir tout au moins d'en limiter les effets, je

fis continuer les siphonages et, à ma grande surprise, l'albuminurie disparut dès le lendemain et ne se reproduisit plus par la suite. Il me semble bien que dans ce cas je puis dire qu'il y a eu une ébauche de néphrite, laquelle a été arrêtée net par la désinfection des fosses nasales. Ce serait une confirmation de l'hypothèse de l'origine rhino-pharyngienne de la néphrite chez cette scarlatineuse. Mais on pourrait critiquer cette manière de voir, dire qu'il y a eu une simple coïncidence, qu'il ne s'agissait pas d'une néphrite, mais d'une simple albuminurie précoce de la scarlatine, qu'en tout cas une néphrite ne se guérit pas en un jour, etc.

Le cas suivant me paraît plus démonstratif. Une jeune fille de 14 ans, plutôt grande pour son âge et d'apparence robuste, est prise le 11 mars 1902 d'une fièvre vive atteignant 39°5. Le lendemain 12, la fièvre était encore à 39°, mais, d'après la note que son médecin, mon excellent confrère et ami le Dr Galtier-Boissière a bien voulu me remettre, « sans rien pour l'expliquer, ni mal de gorge, ni toux, ni éruption ». On notait simplement une fatigue survenant au moment où l'on attendait les secondes règles de la jeune fille, règles qui n'apparaissaient pas. Le 13 se produisit sur le ventre une éruption de quelques taches ressemblant à de l'urticaire, mais sans démangeaisons. Ces taches disparurent en partie dans la journée pour reparaître le lendemain 14. Le 15, il ne subsistait rien de l'éruption, mais la malade se plaignait d'une grande lassitude. Le 16 à l'examen des urines on trouve 0 gr. 40 d'albumine, la température était descendue à 36°5. Régime lacté absolu jusqu'au 20 où l'albumine tomba à 0 gr. 20. On permet alors à la jeune fille des œufs et des gâteaux. Le 21 l'albumine remonte à 0 gr. 40, on reprend le régime lacté absolu. Comme on approchait des vacances de Pâques, la famille s'inquiéta de cet état pathologique persistant qui pourrait l'empêcher de partir pour la campagne.

Le 22, le Dr Galtier-Boissière eut l'amabilité de me demander de voir la malade. Sans pouvoir me prononcer sur la nature des accidents qui s'étaient produits, je constatai, en provoquant le

réflexe pharyngien, un écoulement assez abondant de mucosités purulentes provenant de l'arrière-cavité des fosses nasales. Je dis à mon confrère que ce muco-pus était, à mon avis, suffisant pour entretenir l'albuminurie de sa malade, et je lui conseillai de faire soit des pulvérisations boriquées, soit des siphonages. Le père qui avait eu plusieurs fois à pratiquer sur lui-même des lavages du nez, se chargea de l'opération et se servit pour cela d'un simple bock. En même temps, j'engageai à continuer l'usage du lait, mais associé à une alimentation ordinaire.

C'est le soir même qu'on fit le premier siphonage, facilement accepté et exécuté. Le lendemain 23, l'albumine n'était plus dosable. Le 26 elle avait complètement disparu ainsi que le catarrhe rhino-pharyngien. Le 27, on partait à la campagne pour les vacances de Pâques. Le 30, on cesse définitivement les lavages du nez, et, depuis lors, les accidents ne se sont plus reproduits. Le régime lacté mixte fut continué jusqu'au 30 où la malade reprit son régime habituel.

Cette observation me paraît contenir divers enseignements. Elle montre bien la réalité de l'origine rhino-pharyngienne de certaines albuminuries, au moins chez les jeunes sujets. Lors donc que l'on se trouvera en présence d'une néphrite inexpliquée, il faudra s'enquérir de l'état du rhino-pharynx. A ce sujet, je ne saurais trop attirer l'attention sur la présence de muco-pus dans le pharynx. Les mucosités purulentes de l'arrière-gorge ne sont pas habituellement considérées comme importantes et ne semblent pas mériter qu'on s'en occupe, et c'est un tort. On voit qu'en particulier elles peuvent donner l'explication de certaines albuminuries. Il existe précisément une série d'albuminuries ayant pour caractères, comme chez notre malade, de se produire au moment de l'adolescence et de répondre au type de l'albuminurie dite minima, c'est-à-dire ayant un taux inférieur à 0 gr. 50. Ces albuminuries minima comprennent un certain nombre de variétés qui ont été décrites sous différents noms : albuminurie cyclique ou maladie de Pavy, albuminurie orthostatique, albuminurie prégoutteuse, albuminurie de croissance, etc. Toutes ces variétés

d'albuminuries de l'adolescence ont en quelque sorte ce trait commun de n'avoir aucune cause organique apparente; aussi sont-elles habituellement considérées comme essentielles ou purement fonctionnelles. Si chez ma malade l'origine rhino-pharyngienne était passée inaperçue, c'est probablement à l'une de ces variétés que l'on aurait pensé. Je crois donc qu'en pareille occurrence, avant d'admettre l'existence d'une albuminurie purement fonctionnelle, il sera bon de vérifier s'il n'existe pas une infection d'un point quelconque de la grotte faciale, d'une spéléopathie en un mot, et en particulier d'une rhino-pharyngite.

Un autre point également très important à remarquer est la rapidité vraiment surprenante avec laquelle l'albuminurie a disparu chez notre malade. En instituant le traitement par le siphonage, je pensais supprimer la cause de l'infection et mettre le rein à même de réparer les lésions. Je n'espérais pas, je l'avoue, réussir aussi rapidement à tarir l'albuminurie. Pourtant l'observation de la scarlatineuse dont j'ai parlé en commençant aurait autorisé une semblable espérance. Il semble que, dans ces cas, la lésion rénale soit très superficielle. L'albumiuurie serait due à une infection légère mais incessamment renouvelée. Sans doute elle peut être améliorée par le repos ou par le régime lacté. Mais cela peut s'expliquer. On aurait là un de ces exemples de polyétiologie sur lesquels j'ai déjà plusieurs fois insisté. L'albuminurie aurait pour cause principale l'infection d'origine nasale, mais elle peut être exagérée par le surmenage, par le froid ou par une alimentation défectueuse. Une hygiène meilleure peut la diminuer ou la faire disparaître momentanément. Pour la supprimer définitivement, il importe de supprimer la cause principale : l'infection rhino-pharyngée; et, comme on l'a vu, le résultat peut être obtenu en peu de jours, presque en quelques heures.

I. — *Antisepsie interne et fièvre typhoïde,*
par le Dr PELLOT.

Il y a quelques années, j'eus l'occasion d'observer dans mon service à l'hôpital Auban-Moët deux cas de fièvre typhoïde chez des syphilitiques ayant subi un traitement récent et prolongé. En 1898 et 1899, deux nouveaux cas se présentèrent à mon observation et appelèrent à nouveau mon attention sur l'influence que peut avoir la syphilis et le mercure sur la dothiénentérie.

Les recherches, peu nombreuses d'ailleurs, que je fis dans la littérature médicale dont je disposais, ne me donnèrent aucun résultat. Dans l'article « Fièvre typhoïde » du *Traité de médecine,* paru en 1899, M. Chantemesse, envisageant les modalités pathologiques qui peuvent influencer cette maladie, ne signale pas la syphilis, mais le chancre induré qui « s'amollit durant la dothiénentérie et reprend toute sa consistance aussitôt la guérison survenue » (Lailler).

Aussi ai-je pensé d'un certain intérêt de présenter ces quatre observations de fièvre typhoïde dans lesquelles le début s'est effectué soit pendant le traitement mercuriel (obs. IV), soit quelques semaines seulement après la cessation du traitement (obs. I),

La gravité de ces cas me paraît incontestable, puisque la mortalité a été de 2 pour 4, soit 50 p. 100, alors que pendant la période correspondante, elle était chez mes autres typhiques hospitalisés dans les mêmes salles, de 6 à 8 p. 100.

Nous croyons donc pouvoir légitimement conclure avec le Dr Robin (Académie de médecine, 15 avril 1902), que le mercure ne paraît avoir aucune action antiseptique dans l'organisme contre le bacille d'Eberth.

OBSERVATION I. — B... Clarisse, 44 ans, entre à l'hôpital Auban Moët, le 7 décembre 1894, au pavillon des vénériennes. Elle a perdu presque entièrement les cheveux, la face est couverte de croûtes épaisses de syphilides pustuleuses; la vulve envahie par des plaques nombreuses est le siège d'un écoulement fétide. Enfin elle est atteinte de laryngite prononcée et d'iritis monoculaire. Devant la gravité de ces multiples accidents, je crus

devoir recourir à la méthode sous-cutanée et je fis des injections de peptonate mercurique. L'amélioration, lente à se produire, se déclare enfin, et après plus de huit mois d'un traitement énergique, la malade paraît tout à fait débarrassée des manifestations syphilitiques qui avaient nécessité son admission à l'hôpital.

L'état général est excellent, l'enrouement a complètement disparu, la face seule reste marquée de cicatrices indélébiles.

C'est alors que cette fille demande à rester à l'hôpital en qualité d'aide-infirmière.

La guérison s'était bien maintenue, lorsqu'en novembre elle se plaint de perte d'appétit, de lassitude, de maux de tête, etc. Une fièvre typhoïde grave, traitée par les bains froids la retient deux mois au lit. Elle échappa au danger d'une hémorragie intestinale à la fin du second septenaire, supporta sans trop de risques une rechute de trois semaines de durée, avec des températures oscillant autour de 40°, et finit par succomber le 27 janvier 1896 à une nouvelle hémorragie intestinale.

Obs. II. — F..., 39 ans, entre à l'hôpital Auban-Moët, salle Sainte-Philomène, n° 10, le 12 décembre 1895. Cette femme, atteinte d'enrouement, se plaint de la gorge dont elle paraît souffrir beaucoup dans la déglutition. Son pharynx est le siège de papules peu élevées et d'érosions irrégulières assez étendues. On trouve de l'engorgement des ganglions, du cou et des régions sus-épithrochléennes : elle perd les cheveux et a des maux de tête fréquents.

Le traitement hydrargyrique est institué de suite (2 pilules de proto-iodure de 3 centigrammes chaque jour), et donne une amélioration rapide : la malade nous quitte le 2 avril 1896; n'ayant plus trace de ses manifestations secondaires, c'est-à-dire blanchie.

Le 27 mai suivant, elle rentre (même salle, n° 3), la face couverte de syphilides papulo-pustuleuses. Elle est de suite remise au traitement spécifique et la situation s'améliore notablement lorsque, vers le 20 juin, elle est prise de fièvre, la langue est sèche, à pointe d'un rouge vif, la fosse iliaque droite sensible à la pression nous donne du gargouillement, la température axillaire atteint

39°,5. Nous prescrivons les bains froids et, deux jours après, l'apparition de plusieurs taches rosées sur l'abdomen confirmait notre diagnostic et légitimait notre traitement. Le 27, congestion de la base du poumon droit avec crachats sanguinolents : les jours suivants, délire presque continu, injection des conjonctives, élévation de la température qui dépasse 41°,2, petitesse du pouls, prostation extrême : elle succombe le 5 juillet à ces accidents cérébraux.

Obs. III. — Delphine..., 20 ans, entre au pavillon des vénériens le 11 novembre 1898, atteinte de syphilides muqueuses de la gorge et de la vulve.

Elle suit le traitement classique et paraissait à peu près guérie lorsqu'elle parvint à tromper la surveillance et s'enfuit (14 mai).

Le 27 juillet, elle est admise, salle Sainte-Philomène, n° 1, pour une fièvre typhoïde grave, avec température de 40°,5, délire prolongé, etc. Traitée aussitôt par les bains froids, elle entre en convalescence dans les derniers jours du mois d'août.

Obs. IV. — J..., 23 ans, prend un chancre infectant en novembre 1899, et dès le mois de janvier subit un traitement spécifique (2 pilules de proto-iodure de 5 centigrammes, pendant 30 jours). Toutefois, il ne tarde pas à être couvert sur la nuque, les épaules et les jambes de syphilides nummulaires très tenaces. Les traitements se succèdent avec des intervalles peu éloignés et au bout d'un an notre malade avait pris huit traitements.

Les premiers jours de février 1901, il se plaint de lassitude, maux de tête, inappétence, etc., et lorsque je suis appelé auprès de lui, je trouve une température axillaire de 39°,3, de la sensibilité de la fosse iliaque droite, du gargouillement et un état de prostration marquée. Il entre à l'hôpital Auban-Moët, salle Saint-Louis, n° 2, le 15 février. Dès le lendemain, apparition de taches rosées qui deviennent plus nombreuses les jours suivants, et traitement par la méthode de Brand. Les choses se passent assez bien, sans complication, la température ne dépasse pas 40°,5, et, dans les derniers jours de mars, notre malade entrait en convalescence...

II. — *Un cas grave de fièvre typhoïde chez un syphilitique*,

par le Dr VIALANEIX,
Médecin-major de 2e classe.

La récente communication à l'Académie de Médecine de M. Albert Robin, sur le cas d'une femme ayant contracté la fièvre typhoïde alors qu'elle était en traitement à l'hôpital pour syphilis, m'a remis en mémoire un cas pour ainsi dire identique que j'ai eu à observer en Algérie en août 1894. J'étais alors attaché à l'hôpital militaire de Philippeville, et chargé du service sanitaire d'une batterie d'artillerie; mon infirmerie se trouvait dans la caserne des zouaves, admirablement située, dominant la mer. et très éloignée du quartier d'artillerie.

En juillet 1894 éclatait à la batterie d'artillerie une épidémie grave de fièvre typhoïde. Sur un effectif de 150 hommes environ, 29 furent hospitalisés et donnèrent *cinq* décès. La cause de cette épidémie ne fut pas décelée, l'eau, suivant toute vraisemblance n'y était pour rien (analyses fréquentes négatives). Cette épidémie, commencée en juillet, se termina en août.

Depuis les premiers jours de juillet, j'avais en traitement à l'infirmerie pour chancre syphilitique à forme grave, un artilleur, homme superbe, admirablement constitué. Son chancre ne laissant aucun doute au point de vue du diagnostic, je le soumis immédiatement au traitement mercuriel, — pendant dix jours frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel faites par mes soins, — puis après un repos de dix jours, pilules de protoiodure de mercure à 0gr,025, 2 par jour. Cet homme prit au total 30 pilules de protoiodure; il était isolé dans une petite salle servant aux vénériens.

Brusquement le 12 août, alors que son état de santé, en dehors du chancre paraissait ne rien laisser à désirer, que la veille il mangeait une portion entière matin et soir avec un excellent appétit, il fut pris de vomissements répétés avec une fièvre donnant dans l'aisselle une température de 40°, — céphalée intense,

— mais pas d'insomnie antérieure, pas de diarrhée, pas de météorisme, pas de douleur dans la fosse iliaque, en somme rien ne rappelant la fièvre typhoïde. Mon malade restait gai, trouvait exagérées les précautions que je prenais, car dès le matin je cessai le mercure, lui donnai une purgation au sulfate de soude et le mis à la diète lactée. Le soir, encore quelques vomissements, température 40°,5 C. Je m'attendais à une belle roséole syphilitique. Le lendemain, plus de vomissements, et comme symptômes rien autre qu'une température toujours élevée, — pas d'éruption. — Devant cette fièvre, je fis transporter le malade à l'hôpital qui était tout proche, et le fis entrer avec le diagnostic « fièvre syphilitique secondaire ».

Or, sans qu'il ait présenté de symptômes typhoïdiques, le troisième et le quatrième jour l'état s'aggravait, des phénomènes ataxo-adynamiques se produisaient, et le cinquième jour l'homme mourait.

A l'autopsie, je fus très étonné et M. le Médecin-Chef le fut comme moi, de trouver au voisinage de la valvule iléo-cæcale un grand nombre de plaques de Peyer en voie d'ulcération, ainsi que des follicules clos hypertrophiés, ne laissant aucun doute sur la raison du décès, — pas de perforation.

Or, j'étais en éveil en ce qui concernait la fièvre typhoïde, je voyais cet homme deux fois par jour avec attention, et il n'avait présenté absolument rien d'anormal, jusqu'au jour où, en pleine santé apparente, il fut pris des symptômes si brusques que j'ai énumérés plus haut.

Je sais bien que la fièvre typhoïde, surtout en Afrique, est protéique comme début, que les premiers symptômes sont souvent bien différents des symptômes classiques, néanmoins je n'avais et n'ai depuis vu jamais un début aussi brusque ne comportant comme symptomatologie que fièvre et vomissements.

Il m'a paru intéressant de communiquer cette observation; là, comme dans celle qui fait l'objet de la communication de M. Albert Robin, la fièvre typhoïde paraît avoir été aggravée par le traitement mercuriel antérieur, qui aurait masqué le début

véritable de l'affection. En effet, il n'y a que deux hypothèses qui peuvent expliquer cette aggravation réelle, le mercure absorbé ou la syphilis en puissance, affaiblissant la résistance organique (il est vrai que les accidents secondaires n'avaient pas encore paru), car le surmenage ne peut être invoqué, l'homme étant au repos depuis quarante jours environ.

J'ai cherché la cause du contage et ne l'ai pas trouvée. Cet homme était isolé dans la chambre des vénériens; quelques embarras gastriques fébriles furent soignés à l'infirmerie, et les mêmes infirmiers soignant tous les malades, peut-être la contamination se fit-elle par eux?

M. Bardet présente la note suivante :

III. — *L'iodure d'éthyle dans la coqueluche*,
par le Dr Ch. Amat.

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médications employées pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on sait que rien n'est d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale, s'en remettant au temps, d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante ténacité. Tel claustre les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme; tel autre escomptant au contraire la cure d'air recommande les sorties fréquentes et prolongées et reste fidèle à la médication belladonée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses, et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche elle-même. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments, et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille sur un petit garçon de 2 ans et demi et sur un nourrisson de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vainement les pulvérisations thymolo-phéniquées avaient été utilisées; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et chez le nourrisson qui s'était jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculations jennériennes, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heures par des quintes qui ne variaient ni en nombre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle était placé sous le nez du patient afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda par à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court au point que huit jours après on ne comptait plus que six accès bénins dans les 24 heures au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorber par le petit enfant de 2 ans et demi le moindre médicament. A insister on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coquelucheux, ont manifesté le vif désir de la voir signalée.

BIBLIOGRAPHIE

Mémorial thérapeutique, par C. Daniel, interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 (format portefeuille) de 240 pages, cartonné souple **2** fr. **50**. Relié maroquin souple, tranches dorées, **3** fr. **50**. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le *Mémorial thérapeutique* a pour but de rendre service aux praticiens qui ont le désir de trouver instantanément les renseignements dont ils ont besoin.

M. Daniel a classé tous les médicaments usuels par organe malade et par action physiologique; l'énumération des médicaments et de leurs formules est faite par ordre alphabétique.

Pour chaque médicament, il étudie les formes pharmaceutiques, le mode d'administration, les doses chez l'adulte et chez l'enfant, la solubilité, les indications et les contre-indications. Il donne, en outre, un choix de formules magistrales, Il s'est inspiré des travaux des maîtres de la thérapeutique Landouzy, Gilbert, Manquat.

En tête se trouvent exposées des généralités sur les formes diverses des médicaments, l'art do formuler, le tableau des incompatibilités, le tableau des doses maxima en une fois et en 24 heures.

M. Daniel s'est efforcé de donner une rédaction simple, concise, précise et méthodique, qui frappe à première vue et qui fait embrasser d'un coup d'œil l'ensemble des ressources que la thérapeutique offre au praticien.

C'est ce qu'ont permis de faire une disposition typographique dont nous ne connaissons pas d'exemple dans la littérature médicale, et le choix du papier de riz indien d'un poids dix fois moindre que le papier ordinaire, qui est une nouveauté en matière de livre scientifique et qui a permis de faire tenir 240 pages sous un poids do 40 grammes.

Manuel pratique du traitement de la Diphtérie : Sérothérapie, Tubage, Trachéotomie, par M. Deguy, ancien interne des hôpitaux, ancien

moniteur de Tubage et de Trachéotomie de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital des Enfants (service de la Diphtérie), et BENJAMIN WEILL, interne des hôpitaux, moniteur de Tubage et de Trachéotomie de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. Avec une introduction par A.-B. MARFAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Un vol. in-8°, illustré de 69 fig. et protographies. (Masson et Cie, éditeurs. 6 fr.)

Cet ouvrage vient à son heure. Les dernières statistiques accusent une recrudescence anormale de la dipthérie. Des articles récents ont remis en question le traitement de cette maladie et certaines critiques ont pu troubler l'esprit de praticiens.

Dans cet ouvrage, les auteurs se sont proposé d'indiquer l'état actuel des notions acquises, et de fournir au médecin un guide sûr et détaillé.

Tour à tour ils passent en revue la sérothérapie, le traitement local, le tubage et la trachéotomie dont ils précisent le manuel opératoire et les indications. La conduite à tenir daas les diphtéries associées, dans les complications précoces et tardives, est relevée dans les moindres détails.

Un chapitre très complet est consacré à la prophylaxie, à l'étude des injections préventives, du licenciement des écoles, de la désinfection.

Diverses considérations de médecine légale terminent le volume, dont les illustrations, photographies et radiographies rendent la lecture facile et instructive.

Une intéressante introduction, due à la plume de M. le professeur agrégé Marfan, donne un aperçu historique très documenté sur le traitement de la diphtérie. Le savant médecin de l'hôpital des Enfants-Malades apprécie lui-même en ces termes l'ouvrage de MM. Deguy et Benjamin Weill :

« Leur ouvrage est le miroir fidèle de ce qui se fait au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades. Daas celui-ci, il y a une tradition composée des remarques, des observatioas, des procédés de plusieurs générations de médecins, d'internes, voire même de surveillantes et d'infirmières. Cette tradition se transmet oralement ; on s'est peu occupé de l'écrire. MM. Deguy et B. Weill ont réussi à la faire entrer dans leur livre. J'ose croire qu'ils auront rendu service à leurs confrères

Tableaux synoptiques pour la pratique des autopsies, par Ch. VALERY, 1 vol. in-16 de 72 pages, avec 13 figures, cartonné : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Les auteurs qui, jusqu'à ce jour, ont traité des autopsies, se sont presque exclusivement bornés à un simple exposé de la technique opératoire. Pour être vraiment utile à l'étudiant et au praticien, il fallait y joindre l'interprétation des données de l'anatomie pathologique. Le fait d'ouvrir un cœur ou un poumon ne présente aucune difficulté sérieuse ; mais la tâche est autrement délicate quand il s'agit de donner un sens aux lésions macroscopiques constatées à l'amphithéâtre.

Voici un aperçu des matières traitées : indications générales, examen externe, premières incisions, ouverture de la cavité abdominale, — de la cavité thoracique et examen des organes en place, examen hors du cadavre,

examen des organes du bassin, — de l'encéphale, — de la moelle, conservation des pièces.

En détaillant l'acte opératoire, en le faisant suivre le plus souvent possible des éléments schématiques nécessaires pour fixer le diagnostic rétrospectif, ce petit livre comblera une lacune et facilitera la pratique des autopsies.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Formules équivalentes du bromidia (Martindalé). Formule :

Bromure de potassium...............	6 gr.
Chloral hydraté......................	6 »
Extrait de cannabis indica...........	0 » 05
— de jusquiame.................	0 » 05
Eau distillée ....Q. s. p. de solution.	32 »

Cabannes (de Montpellier).

Sirop d'hydrate de chloral du Codex...	25 gr.
Bromure de potassium...............	1 »
Extrait de cannabis indica...........	0 » 01
— de jusquiame.................	0 » 01
Eau alcoolisée (alcool à 90° et eau a. a. p. e.).................Q. s. p. parf.	30 cc.

On triture, dans un mortier, le bromure de potassium avec le sirop de chloral jusqu'à solution, et on verse dans un flacon de 30 grammes. On dissout ensuite les extraits dans la quantité d'eau alcoolisée prescrite, et on mélange au sirop.

Mixture peu colorée, limpide, que le malade absorbe plus facilement que le bromidia américain lui-même, en raison de sa correction par l'essence de menthe que contient le sirop de chloral officinal.

Son titre est de 1 gramme de chloral et de bromure par 30 cc.,

soit 50 centigrammes de chacun de ces deux corps par cuillerée à soupe.

Médecine générale.

Les dentifrices. — Il faut raisonner l'emploi des dentifrices, qui ont pour but d'enlever les matières accumulées autour des dents et de désinfecter les tissus en les bonifiant.

M. Quintin (*Progrès médical belge*), rappelant que la brosse à dent agit mécaniquement, conseille d'en employer une dure si l'état de la gencive est bon, molle dans le cas opposé.

L'état de la salive doit surtout guider dans le choix du dentifrice : suivant sa réaction on emploiera les poudres *neutres alcalines* (magnésie calcinée, carbonate de chaux), *acides* (acide borique, crème de tartre, acide citrique), ne jamais se servir de poudres non solubles (quinquina, poudre de charbon, d'iris) qui restent entre la dent et la gencive.

Voici quelques formules de poudres.

Poudre alcaline.

Carbonate de chaux...........	60 gr.
Sulfate de quinine............	2 »
Saponine......................	0 » 20
Saccharine....................	0 » 10
Carmin........................	q. s. pour colorer.
Essence de menthe...........	XX gouttes.

Poudre acide.

Acide borique........................	10 gr.
Poudre d'amidon.....................	50 »
Chlorhydrate de quinine..............	1 »
Saccharine...........................	0 » 10
Ocre jaune...........................	1 »
Vanilline dissoute dans l'alcool........	0 » 15

Poudre neutre.

Chlorate de potasse	20	gr.	
Poudre d'amidon	20	»	
Laque carminée	4	»	
Saccharine dissoute dans l'alcool	0	»	10
Vanilline dissoute dans l'alcool	0	»	15

Quant aux pâtes, on les divise en *savons*, *mellites* et *glycérés*. Les savons détruisent lentement la cuticule de la dent, de plus on leur incorpore de la ponce, on doit donc peu les employer. Les mellites fermentent et les glycérés très hygroscopiques se gâtent aisément ; ces opiats ne sont donc pas non plus très recommandables pour usages journaliers. Les *élixirs* par leurs composants atteignent mieux le but. L'alcool est la base des élixirs ; à cet alcool on ajoute suivant le cas des antiseptiques, thymol, phénol, acide benzoïque ; des astringents, cachou, tanin, quinquina ; il faut leur associer des essences qui ne sont pas incompatibles (telles que les aurantiacées, la rose, la vanille, avec la menthe), qui s'étouffent entre elles, mais il faut choisir des essences qui se marient et se renforcent, telles que la menthe avec l'anis et la badiane.

Elixir type.

Formol à 40 p. 100	2	gr.	
Teinture de quinquina	60	»	
Glycérine	60	»	
Essence de menthe	2	»	
— d'anis étoilé	1	»	50
— de girofle	1	»	
— de cannelle			
Alcool	100	»	

L'eau oxygénée, qui est excellente pour les lavages, s'emploie aussi seule. Enfin les moments propices pour faire les brossages de dents, les lavages de bouche sont le matin et surtout le soir.

Maladies infectieuses.

Traitement de la scarlatine. — Dans un récent article du *Bulletin médical*, M. Aviragnet étudie avec soin cette question. Il insiste sur les soins à donner à la peau : des bains simples ou savonneux, suivis d'onctions antiseptiques avec de la vaseline boriquée, salolée, ou ichtyolée à 5 p. 100.

L'antisepsie du nez doit être faite à l'aide de pommades, selon les formules suivantes :

Vaseline..................	30 gr.
Acide borique.............	4 »
Menthol..................	0 gr. 20 à 0 » 50

ou

Vaseline..................	30 gr.
Résorcine............................	0 » 30

ou des injections d'huile mentholée faites avec la seringue de Marfan :

Huile d'olives stérilisée.............	20 gr.
Résorcine...........................	1 »
Essence de menthe.................	II gouttes

L'antisepsie de la gorge sera faite avec des lavages antiseptiques ou avec des collutoires boraté, résorciné ou salicylé.

Si l'éruption sort mal, donner des bains sinapisés.

Dans les scarlatines hyperthermiques, donner des bains et de l'antipyrine. Quand il y a adynamie, injections de sérum et de caféine.

Dans les formes hémorragiques, M. Comby conseille l'acide gallique :

Acide gallique.........................	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger................	30 »
Eau distillée...........................	80 »

M. Roger préconise le chlorure de calcium selon la formule suivante :

Chlorure de calcium cristallisé.....	4 gr. à 6 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères...	40 »
Eau-de-vie vieille ou rhum........	30 »
Teinture de cannelle............	5 »
Eau distillée.....................	50 »

Contre l'angine, M. Aviragnet conseille : des irrigations de la gorge et des attouchements avec des collutoires antiseptiques (stérésol, glycérine salicylée à 1 p. 20, phéniquée à 2 p. 100, sublimée à 1 p. 30, créosotée à 1 p. 20).

Maladies des voies respiratoires.

Traitement de la fièvre des phtisiques. — Lublikski, de Berlin (*Thérap. monatsh.*, octobre 1901), a utilisé le pyramidon dans le traitement de la fièvre des phtisiques. Son expérience a porté sur 36 malades qu'il suivit avec la plus grande attention. L'auteur faisait prendre le médicament à ses malades quand les différences des températures atteignaient ou dépassaient un demi-degré dans le cours de la journée ou quand le malade présentait une température de 38°5. Sur les 36 malades ainsi traités, 12 furent influencés de la manière la plus favorable; la fièvre tombait avec régularité et très rapidement. Chez 15 autres malades, les effets du pyramidon furent moins remarquables. La température diminuait quelque peu mais cette diminution ne persistait pas. Dans 9 cas le pyramidon n'eut aucune action. Il était impossible de dire pourquoi tel ou tel malade bénéficiait ou non de la médication. Il s'agissait de malades présentant pour la plupart des symptômes analogues. Quoi qu'il en soit, les résultat sont positifs. Le tiers des malades furent améliorés de façon très notable, ce qui est un résultat très appréciable.

FORMULAIRE

Traitement de la constipation chez les enfants.

Un bon moyen de combattre la constipation chez les enfants est de donner une décoction faite avec des pruneaux, et 2 à 3 grammes de follicule de séné ou le séné associé à la manne. M. Sevestre prescrit la préparation suivante :

Eau bouillante........................	200 gr.
Manne en larmes......................	30 »
Follicules de séné......................	4 »
Poudre de café torréfié..................	10 »

Passez et faites prendre dans la journée.

Potion pour favoriser l'expectoration chez les enfants.

Eau de fenouil.....................	60 gr.
Teinture d'eucalyptus.............	XV gouttes
Glycérine neutre..................	4 gr.
Acide benzoïque...................	15 »
Camphe pulvérisé..................	10 »
Sirop de gomme....................	30 »

A faire prendre par cuillerées à café dans les 24 heures.

(*Le Médecin.*)

Ozène.

Lavages avec :

Tanin.................................	10 gr.
Eau distillée..........................	50 »

(CANTANI.)

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN.

Imp. F. LEVÉ, 17, rue Cassette. — Paris-6e Arrt.



Le poids du cerveau humain. — Les pertes médicales pendant la guerre du Transvaal. — Les remèdes contre le rhumatisme. — Maladie des jeunes chiens. — Massage systématique du cuir chevelu préventif de la calvitie. — Les visites dans les hôpitaux de varioleux. — Prophylaxie de l'alcoolisme. — La réorganisation du cadre du personnel hospitalier. — Réglementation des consultations hospitalières à Paris.

Le poids du cerveau varie suivant l'âge, le sexe, les maladies qui ont provoqué la mort. Chez le nouveau-né de un à sept jours il est en moyenne de 371 grammes pour les garçons et de 361 pour pour les filles. A la fin de la première année les poids respectifs sont de 967 et 893 grammes. Il semble atteindre son apogée entre 19 et 20 ans chez l'homme, entre 16 et 18 ans chez la femme. Le poids moyen du cerveau d'un adulte mâle est de 1.400 grammes, celui du cerveau féminin serait de 1.275. A ce propos on ne peut s'empêcher de rappeler qu'un des cerveaux les plus lourds était celui de l'écrivain russe Tourgenief qui pesait 2120 grammes et un des plus légers celui de Gambetta qui atteignait à peine 1.160 grammes.

* * *

Au Transvaal comme partout ailleurs le personnel médical, tout en faisant bravement son devoir, a payé un large tribut à la mort.

Six médecins militaires ont été tués, neuf sont morts de maladie,

douze ont été blessés. Trois chirurgiens civils ont été tués, onze sont morts de maladie, cinq ont été blessés.

En comprenant les sous-ordres et les nurses, près de 400 personnes appartenant à la profession médicale sont tombées victimes du devoir.

*
* *

Un patient statisticien estime exactement à 1.437 le nombre des remèdes vantés contre le rhumatisme parmi lesquels on peut citer les marrons d'Inde, les bandages de flanelle rouge, le lait de chèvre, les cataplasmes de crin de cheval, l'oignon cru porté dans les poches et la fleur de soufre mise dans les chaussettes.

Un vieux remède, américain, consiste à râper un radis noir dans une pinte de vieille bière et à laisser infuser toute une nuit; boire un verre de cette infusion à chaque repas.

Nul doute que chacun de ces remèdes n'ait au moins un succès à son actif.

*
* *

Il y a un an, M. Phisalix annonça la découverte d'un sérum efficace contre la maladie des chiens. Les applications nombreuses, s'élevant aujourd'hui à plus de 1.200 ont été faites de ce sérum spécialement à des animaux de races sélectionnées chez lesquelles la maladie amène habituellement une mortalité variant de 25 à 80 p. 100. Les vaccinations ont abaissé cette mortalité à 2,8 p. 100.

*
* *

Sait-on de quoi M. Ellioth (de Toronto) fait mourir les cheveux chez les chauves? d'asphyxie veineuse. Et si la calvitie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, cela serait dû à ce que cette dernière par les nombreuses manipulations que nécessite sa coiffure, véritable gymnastique qu'elle fait subir à son cuir

chevelu favoriserait la circulation veineuse lente et difficile de la région. Le temps que consacrent les hommes à cette opération est si court que le coup de brosse dont ils gratifient leur crâne est à peu près sans valeur et ne saurait remplacer le massage systématique du cuir chevelu que M. Ellioth croit seul efficace, à la condition d'être de fort bonne heure employé. Si cela ne guérit pas les chauves du moins cela leur laisse-t-il l'espoir de pouvoir protéger la tête de leurs enfants. Cet espoir ne sera-t-il pas déçu?



Le Comité des hôpitaux métropolitains de Londres a eu à se prononcer sur la question de savoir si l'on doit interdire ou permettre les visites des varioleux. Il a timidement décidé que ces derniers ne pourraient recevoir qu'un visiteur par jour, exception faite pour le père et la mère qui peuvent être admis ensemble. Mieux eut valu n'admettre que les vaccinés et cela dans l'intérêt des visiteurs aussi bien que dans l'intérêt général. Les chiffres suivants sont assez probants : en six mois 1.372 personnes ont été admises à visiter des varioleux soignés à l'hôpital dont 964 vaccinées n'ont fourni que 7 décès par variole soit 0,73 p. 100. Sur les 408 autres visiteurs qui ont refusé de se laisser vacciner avant d'entrer dans les salles, 35 ont été contagionnés soit 8,58 p. 100.

* * *

Un rapport sur une question posée par la Chambre des députés, qui avait demandé à l'Académie de médecine de dresser la liste des boissons dangereuses, a été fait par M. Laborde. Passant en revue la composition des apéritifs, il montre la toxicité des essences et prouve que la législation actuelle est suffisamment armée pour en interdire l'usage. La toxicité de l'essence d'absinthe est bien connue. L'essence d'anisette est, elle, à redouter, l'inhalation même en est dangereuse. La chartreuse, le vulnéraire, le

genièvre contiennent un certain nombre d'essences et de substances toxiques.

*
* *

Il est dans les intentions, paraît-il, de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, d'établir une distinction entre le personnel soignant et le personnel servant; de supprimer dans la mesure du possible pour le traitement des malades le personnel masculin; de créer sur un modèle nouveau une unique école d'infirmières; de relever le taux des traitements et des indemnités représentatives des allocations en nature; d'unifier les grades; de supprimer le repas en nature et de relever le taux des pensions en argent.

*
* *

Un avis vient d'être placé dans tous les hôpitaux, spécifiant que les consultations sont exclusivement réservées aux personnes indigentes domiciliées à Paris ou dans le département de la Seine. Toute personne qui se présentera à la consultation d'un hôpital devra faire la preuve de son identité par une carte d'électeur, etc., attestant le domicile et la situation d'indigence. L'Administration se réserve de faire procéder à des enquêtes à domicile afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis et au besoin de mettre en recouvrement d'office les frais de consultations pour toute personne dont la situation ne serait ni indigente, ni nécessiteuse.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique (1),

par ALBERT ROBIN,
de l'Académie de Médecine.

VI. — TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE AVEC FERMENTATIONS SECONDAIRES. — TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE ET DES BOURDONNEMENTS D'OREILLES D'ORIGINE GASTRIQUE.

I

Ce malade entre à l'hôpital, parce qu'il souffre de l'estomac. Je voudrais vous montrer, en l'examinant devant vous, comment on peut arriver à faire le diagnostic exact de la forme d'une dyspepsie et en fixer les indications thérapeutiques, sans avoir recours à l'analyse chimique du suc gastrique.

Cet homme n'a jamais été malade ; il avoue des excès de boissons, il y a quelques années, dans un séjour qu'il fit aux colonies; mais il affirme ne plus prendre maintenant d'alcool,

Il ne présente d'ailleurs aucun signe d'éthylisme. Il se plaint, d'éprouver après le repas une douleur au creux épigastrique.

Il est important, pour le diagnostic, de bien fixer le moment d'apparition de cette crise, ainsi que des phénomènes

(1) Recueillies et rédigées par le Dr BERTHERAND, assistant du service.

qui l'accompagnent. Notre malade les décrit fort bien : en sortant de table, il se sent tout alourdi, mal à la tête, incapable de se livrer à aucun travail ; il a envie de dormir ; puis des éructations gazeuses, des renvois surviennent, et enfin, apparaît une douleur localisée au creux épigastrique.

Il existe donc une triade symptomatique des plus nettes, dont les éléments sont : le malaise, la crise de renvois et la douleur.

Ces symptômes doivent nous faire éliminer le diagnostic d'hypersthénie avec hyperchlorhydrie. Dans l'hypersthénie, l'éréthisme stomacal est masqué pendant un certain temps par les aliments qui saturent l'HCl existant, et c'est seulement trois ou quatre heures après le repas, lorsque l'HCl en excès se trouve de nouveau en contact avec la muqueuse, que la douleur se fait sentir.

Notre malade n'est donc pas un hypersthénique avec hyperchlorhydrie ; il est atteint d'*hyposthénie gastrique avec hypochlorhydrie ou anachlorhydrie*.

Mais il a en plus des *fermentations* stomacales. Comme il n'y a pas d'HCl dans l'estomac, les aliments, surtout les hydrocarbonés, fermentent plus facilement. La crise se traduit d'abord par des éructations gazeuses ; puis, éclate le pyrosis : c'est l'instant où les acides de fermentation (acides lactique, butyrique, acétique) viennent irriter la muqueuse. Je dois ajouter que la sensation produite par les acides organiques est beaucoup plus pénible que celle qui est déterminée par l'HCl.

L'étude des différentes phases de la crise nous permet donc, sans qu'il soit besoin d'une analyse chimique, procédé auquel le médecin ne peut avoir que rarement recours dans la pratique, de poser le diagnostic d'hyposthénie gas-

trique avec hypo ou anachlorhydrie et fermentations secondaires.

Cependant, pour le vérifier, j'ai fait pratiquer l'*analyse du suc gastrique*, qui a confirmé les résultats de notre examen. Il n'y a pas d'HCl libre : l'HCl combiné est de 0,90 par litre ; il n'y a donc pas anachlorhydrie, mais seulement hypochlorhydrie. Les acides de fermentation exprimés en HCl sont de 0,70 ; exprimés en acide lactique, ils atteignent le chiffre de 1 gr. 75 par litre. On constate la présence de l'albumine coagulable par la chaleur, ce qui est dû à l'insuffisance de l'HCl. Les syntonines sont normales ; vous savez que ce sont des albumines sur lesquelles l'HCl a épuisé son action et qui sont prêtes à subir celle de la pepsine, pour devenir des propeptones et des peptones. Il y a peu de propeptones, parce que la sécrétion pepsinique est insuffisante, et aussi peu de peptones, 5 grammes, par litre au lieu de 20 grammes, qui est la quantité normale.

La digestion des féculents est bonne, car l'HCl n'est pas assez abondant pour inhiber l'action des ferments qui transforment l'amidon en sucre. Le suc gastrique additionné d'eau iodée prend une coloration rouge, ce qui indique la présence de l'achroo-dextrine, produit assez avancé de la digestion des matières amylacées. On ne trouve pas une très grande proportion de sucre, car une certaine quantité de celui qui a été formé a servi à faire de l'acide lactique. En effet, sous l'influence du ferment lactique, il y a dédoublement de la molécule de glucose, avec formation de deux molécules d'acide lactique.

Nous sommes donc en présence d'une dyspepsie par insuffisance ou hyposthénie gastrique, avec hypochlorhydrie et fermentations lactiques secondaires.

II

Mais le malade, outre ses maux d'estomac, se plaint surtout de deux symptômes, qui l'inquiètent et le tourmentent beaucoup. Il est presque constamment en proie à une grande dyspnée, surtout après les repas et dans les heures qui suivent. Enfin, il est affligé de bourdonnements d'oreilles, accident des plus pénibles. Ils augmentent aussi pendant la digestion ; quelquefois même, ils troublent le sommeil.

La *dyspnée* pourrait faire croire à une affection pulmonaire ou cardiaque; mais l'examen des poumons et du cœur ne décèle aucune altération. De même, les bourdonnements d'oreilles autoriseraient à craindre une lésion de cet organe et à adresser le malade à un spécialiste, bien que l'acuité auditive persiste égale des deux côtés.

Il n'en est rien. Ces troubles respiratoires et auriculaires ne sont que des retentissements de la dyspepsie par fermentation; et la meilleure preuve, c'est qu'ils guériront par un traitement gastrique.

Examinez le creux épigastrique. Vous y constaterez la présence d'une voussure; à la percussion, vous sentirez l'estomac distendu par les gaz, remonter très haut, refouler le diaphragme et gêner ainsi le fonctionnement du cœur et des poumons. C'est donc une dyspnée d'origine mécanique.

Les *bourdonnements d'oreilles* sont aussi des plus fréquents chez les dyspeptiques et en particulier dans la forme de dyspepsie que nous étudions. On les rencontre chez 6 à 10 p. 100 des malades de ce genre. Ils ont été fort bien décrits par Ménière, qui les a observés sur lui-même et qui en a recueilli plusieurs observations. Il les compare au bruissement d'un bec de gaz faisant bjiiii..... Notre malade les ressent aussi bien le jour que la nuit, debout ou couché;

mais il les éprouve surtout le matin à jeun ou dans les heures qui suivent le repas au moment de la crise.

Chez ces dyspeptiques, l'acuité auditive est très bonne. Pour certains, ces bourdonnements deviennent une véritable obsession, un supplice de tous les instants; ils augmentent au moment du travail, ne permettant pas au malheureux qui en est atteint de se livrer à aucune occupation intellectuelle; ou bien ils se manifestent surtout la nuit et empêchent le sommeil.

La *thérapeutique* de ces retentissements gastriques comporte, avant tout, le traitement de la dyspepsie causale. Quand il est insuffisant, il existe d'autres moyens, dont je vous parlerai tout à l'heure, car ces retentissements de la dyspepsie doivent être traités directement sous peine d'aggravation.

III

Lorsqu'il se produit des fermentations dans un estomac normal, peu à peu la muqueuse irritée réagit à son tour et il se fait secondairement de l'hyperchlorhydrie.

Si les fermentations ont lieu chez un hyperchlorhydrique, la maladie évoluera vers la gastrite chronique, c'est-à-dire vers une phase où toutes les fonctions de l'estomac sont abolies, et où les glandes dégénérées ne sécrètent plus que du mucus : c'est la gastrite muqueuse.

Mais cette lésion ne se développe que peu à peu. Elle est annoncée par les signes suivants :

L'appétit est nul, la langue est saburrale, l'haleine devient fétide; il y a chaque jour de petites oscillations thermiques à 37°6, 37°8, qui précèdent la période où au trouble fonctionnel, succède la lésion organique.

Or je vous le répète souvent, la thérapeutique est toute-puissante contre un trouble fonctionnel; presque toujours elle est désarmée en présence d'une lésion organique.

IV

Le *traitement des fermentations gastriques* variera suivant les cas. Lorsqu'elles existent secondairement avec l'hypersthénie, vous réussirez souvent à les faire disparaître par le traitement dirigé contre l'hyperchlorhydrie. D'autres fois, il faut superposer au traitement de la dyspepsie primitive, celui des fermentations. Enfin, si les fermentations sont primitives, ce qui est le cas le plus fréquent, vous en ferez le traitement immédiat.

A. — Chez notre malade la thérapeutique sera une *médication stimulante*; les glandes sont intactes, la musculature est saine : il s'agit de réveiller les fonctions gastriques. Or si vous consultiez les ouvrages modernes, vous verriez que lorsqu'il s'agit de traiter des états morbides analogues à l'hypochlorhydrie, les auteurs s'accordent pour remplacer dans le suc gastrique l'élément essentiel qui lui manque, c'est-à-dire l'HCl. Et la *médication chlorhydrique* forme ainsi le pivot de toute la médication classique.

N'est-il pas plus logique d'essayer de stimuler cette fonction en déchéance, au lieu de la supprimer en lui donnant tout prêt le produit de son travail, en annihilant en quelque sorte son rôle? Car celui-ci s'amoindrira d'autant plus qu'il sera moins exercé. Certes, en donnant de l'acide chlorhydrique, vous répondez à l'indication chimique; mais vous allez contre l'indication physiologique.

Stimuler les fonctions gastriques, en activant la circulation, en réveillant la contractibilité musculaire, en excitant l'activité glandulaire, provoquer en un mot le retour de la

fonction, me paraît être une thérapeutique d'une autre portée que celle qui consiste à faire de la chimie dans un estomac, comme on en ferait dans un vase inerte; c'est là un procédé qui doit être réservé aux cas de gastrite chronique ou de lésions organiques qui ont détruit les glandes de l'estomac et rendu impossible toute réviviscence de la fonction.

Nous pouvons atteindre ce but par le régime alimentaire et par les médicaments.

1° *Par le régime.* — Si nous nous en rapportions aux auteurs classiques ainsi qu'au chimisme stomacal, nous interdirions la viande puisqu'il n'y a pas d'HCl et nous donnerions des féculents.

Cela est juste chimiquement, mais faux physiologiquement. Pour exciter la sécrétion de l'HCl et celle de la pepsine, il n'y a pas de meilleur aliment que la viande. Dujardin-Beaumetz avait bien observé qu'il ne fallait pas donner de viande aux hyperchlorhydriques, sous peine de voir leur maladie s'aggraver, mais la remplacer par des féculents.

Nous recommanderons donc à notre malade les viandes cuites, bouillies ou rôties, les œufs, le poisson. Les féculents lui seront interdits; le pain ne lui sera permis qu'en petite quantité. Les légumes verts renfermant de la potasse, qui est un excitant de la sécrétion gastrique, seront des plus favorables.

2° *Par les médicaments.* — Pour stimuler les fonctions gastriques j'emploie les *amers*, les *strychniques* et l'*ipéca.*

Afin d'exciter la sécrétion du suc gastrique, vous pourrez dans la demi-heure qui précède le repas donner au malade de petites doses de *bicarbonate de soude.*

Ainsi que Cl. Bernard l'a bien montré, tout produit alcalin, mis en présence d'une sécrétion acide en excite la produc-

tion, de même les acides diminuent les sécrétions alcalines.

Certains sels de potasse, tels que le *sulfate*, le *sous-carbonate* et l'*azotate de potasse*, possèdent les mêmes propriétés excitantes sur les glandes gastriques.

J'emploie souvent l'*élixir de Gendrin*, qui est à base d'extraits aqueux de plantes aromatiques amères et dans la composition duquel se trouve du sous-carbonate de potasse. Je fais prendre une cuillerée à café de cette préparation dans un peu d'eau, de 5 minutes à une demi-heure avant les repas.

A la fin du repas, vous stimulerez de nouveau les fonctions musculaires et sécrétoires de l'estomac à l'aide d'une *préparation strychnique*, en y associant l'*ipéca*.

Teinture	de fèves de Saint-Ignace.........	6 gr.
—	d'ipéca........................	1 »
—	de badiane......................	5 »

Mêlez et filtrez. Prendre VIII gouttes dans un peu d'eau de *Vichy* ou de *Vals*, à la fin de chaque repas.

B. *Traitement des fermentations*. — La *méthode antiseptique* directe, si vantée jadis, contre les fermentations gastriques est bien déchue aujourd'hui. Tous les produits que l'on a employés, *naphtol*, *benzo-naphtol*, *salol*, *salicylate de bismuth*, etc., aux doses recommandées, s'ils sont antiseptiques, sont aussi antipeptiques. Si, au contraire, on se sert de doses faibles, loin de diminuer les fermentations, on les accroît, ainsi qu'il résulte des expériences de Spallanzani, de Ch. Richet, de A. Chassevant. Puisque l'antisepsie stomacale directe a fait faillite, il faut chercher ailleurs. Or trois voies s'ouvrent à nous :

La première, remplie par le *régime*, est de n'introduire

dans l'estomac que des aliments peu fermentescibles et stérilisés par une forte cuisson;

La deuxième consiste à trouver des *antiseptiques indirects*, qui puissent être employés à doses assez faibles, pour n'altérer en rien les actes digestifs;

La troisième a pour but de remédier aux *stases gastro-intestinales*, en entraînant au dehors les matières en fermentation et les résidus digestifs.

Vous recommanderez donc de ne prendre que des aliments bien cuits ou qui contiennent peu ou pas de ferments. Vous défendrez par exemple les fromages, la charcuterie, l'enveloppe des fruits, les farineux, les sauces quelconques, les pâtisseries, les sucreries.

L'*antisepsie indirecte* a pour but d'inhiber l'action des ferments figurés, sans entraver l'activité des ferments solubles, des zymases qui sont les indispensables agents de la digestion normale.

Notre malade a des fermentations lactiques; contre celles-ci j'emploie le *fluorure d'ammonium* :

Fluorure d'ammonium........	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Eau distillée................	300 »

Deux cuillerées à soupe par jour; une au milieu de chaque repas.

L'*antisepsie mécanique* de l'estomac peut être effectuée, par le lavage, les vomitifs et accessoirement par les purgatifs.

Vous savez que le *lavage de l'estomac* est même abandonné par ceux qui l'ont le plus préconisé. Il ne reconnaît plus que des indications tout à fait exceptionnelles.

Les *vomitifs* sont un moyen accessoire d'antisepsie mécanique d'une très grande valeur. Le meilleur vomitif est l'*ipéca* à la dose de 1 gr. 50 en trois paquets donnés à un

quart d'heure d'intervalle dans un demi-verre d'eau tiède. A la première sensation de nausée, et après chaque effort de vomissement, on donne un autre verre d'eau tiède, afin que l'estomac ne se contracte pas à vide.

Les *purgatifs* constituent aussi un moyen adjuvant d'antisepsie mécanique, puisque, en aidant au cours des matières, ils favorisent le passage du chyme dans l'intestin.

La coprostase est des plus fréquentes chez ces malades; ils ne s'aperçoivent point de leur constipation et prétendent même souvent avoir de la diarrhée.

Le meilleur laxatif me semble être les pilules suivantes, dont je donne une à deux tous les soirs au moment du coucher :

Aloès des Barbades....................	} 0 gr. 06
Extrait de réglisse....................	
Gomme-gutte..........................	0 » 03
Extrait de belladone...............	} ãã 0 » 005
Extrait de jusquiame...............	

Pour une pilule.

Avec ce traitement, la *dyspnée* disparaîtra d'elle-même : il n'y aura plus de fermentations gazeuses provoquant la distension de l'estomac et par conséquent plus de gêne mécanique entravant le fonctionnement du diaphragme.

Le traitement seul des troubles gastriques réussit dans la moitié des cas, pour faire disparaître les *bourdonnements d'oreilles*. Quand il est insuffisant, essayez le *bromure de potassium* à la dose de 1 gramme une ou deux fois par jour. En cas d'insuccès, j'emploie *la teinture de cimicifuga racemosa* à la dose de XX à XXX gouttes par jour, par X gouttes à la fois, de préférence une heure avant le repas. On peut donner jusque XL et L gouttes par jour, car ce médicament n'est pas toxique. Quelques spécialistes ont déclaré

n'avoir point obtenu les effets que nous avions annoncés H. Mendel et moi. C'est que *la teinture de cimicifuga racemosa* s'adresse aux bourdonnements indépendants de toute lésion auriculaire; sur ceux de cette dernière catégorie, il n'agit qu'exceptionnellement.

Si j'ai tant insisté sur ces troubles auriculaires, c'est que vous aurez maintes fois l'occasion d'être consultés pour des cas semblables et que je serais heureux de vous éviter les incertitudes par lesquelles j'ai passé moi-même, au début de ma carrière.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 25 JUIN 1902

Présidence de M. SEVESTRE.

Le procès-verbal de la dernière séance lu et mis aux voix est adopté.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le prof. Wendelstadt, de Bonn, qui remercie la Société de sa nomination au titre de Correspondant « honoris causa »;

2° Une lettre de M. Berlioz, secrétaire général du Congrès de

Grenoble (Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie) annonçant l'ouverture du Congrès pour le 29 septembre et demandant à la Société de se faire représenter

(La Société sera représentée par M. Albert Robin et M. Huchard);

3° Une lettre de M. Carron de la Carrière annonçant le voyage d'études qui doit avoir lieu cette année dans les Vosges du 7 au 16 septembre prochain.

La correspondance imprimée comprend l'envoi d'un travail de M. Clemente Ferreira, correspondant, sur l'*Alimentaçao da infancia.*

Élections.

Sont élus à titre de : *Membres correspondants nationaux* : MM. Bergouignan, de Nice; Viallard, de Melzieu (Lozère).

Membre correspondant étranger : M. Noguera (Madrid).

Présentations.

Le Secrétaire général a reçu de M. Guérin, médecin en chef des troupes coloniales à Quang-ken, la note suivante :

I. — *Note sur les résultats thérapeutiques de l'arrhénal contre le paludisme,*

par M. Guérin.

Ayant reçu par l'entremise de M. Blanc, pharmacien à Hanoï des échantillons d'arrhénal, j'ai eu l'occasion de les expérimenter sur diverses catégories de malades. Je dois à la vérité de dire que les faits annoncés par le Prof. Gautier se réalisent aussi bien que possible, ici sous les tropiques, qu'en France, et, chose d'autant plus précieuse, c'est que, comme l'a démontré M. Billet, l'arrhénal est vraiment souverain contre la fièvre malarienne.

Voici le rapide résumé de quelques-unes de mes observations :

1° Un jeune impaludé a vu, dans les trois jours qui ont suivi l'ingestion de 15 centigrammes d'arrhénal, ses accès disparaître et les hématozoaires, qui étaient nombreux au début de l'affection, ne pouvaient plus être trouvés après le traitement;

2° Un vieux paludéen, récemment opéré d'un abcès du foie, vit avec l'arrhénal l'appétit augmenter et la phagocytose devenant plus active, on vit l'élimination du pus et des tissus sphacélés se faire très rapidement, la guérison s'annonçant rapide;

3° Une ancienne paludéenne, neurasthénique, subit un traitement préventif par l'arrhénal (notons que nous sommes au moment le plus mauvais de l'année, à l'époque des forts accès de fièvre, des accès pernicieux même), l'action tonique se manifesta dès les premières doses du médicament et jusqu'ici la malade, malgré son état cachectique préalable, se porte bien;

4° Un malade atteint de phagédénisme grave, avec fièvre intermittente, n'a commencé à s'améliorer que depuis que j'ai pu instituer le traitement par l'arrhénal.

Enfin, sur moi-même j'ai utilisé le médicament comme préventif et comme tonique, et je suis obligé de constater que cette méthode me réussit fort bien et que je me sens certainement mieux dispos et surtout plus disposé au travail, avec comme un redoublement d'activité cérébrale.

Ces essais ont été faits avec l'arrhénal sous forme de comprimés, la seule que j'aie eue jusqu'ici à ma disposition. Je vais continuer ces essais, mais d'ores et déjà, je demeure convaincu que ce médicament est le médicament par excellence des pays chauds.

II. — *Note sur l'ulmarène*,

par le Dr Chevalier.

Continuant nos expériences sur l'ulmarène, nous avons essayé de nous rendre compte de ce qu'il devient dans l'organisme. Pour ce nous l'avons mis en contact avec des macérations

aqueuses de divers organes et nous avons pu constater que la macération aqueuse de foie faite à froid et placée à l'étuve à 38° pendant vingt-quatre heures, saponifiait presque totalement l'ulmarène, et que cette même macération après ébullition n'avait aucune action. L'ulmarène serait donc saponifié par une diastase existant dans le foie.

La macération aqueuse du rein nous a donné une saponification incomplète. Au bout de vingt-quatre heures il y a 2 p. 100 d'éther dépouillé. Ce résultat confirme indirectement les expériences de Gérard sur la saponification du salicylate de méthyle en présence des ferments réducteurs qu'il a découvert dans le rein.

Le sang et les macérations aqueuses des autres organes nous ont donné des résultats négatifs.

Étant donné l'action presque nulle des radicaux alcooliques de l'ulmarène, ce médicament peut donc être considéré après introduction dans l'organisme comme de l'acide salicylique libre.

Communications.

I. — *Note sur l'action thérapeutique d'un nouveau médicament analgésique, antithermique et hypnotique : l'hypnopyrine,*

par le Dr BOLOGNESI et M. J.-B. CHARPENTIER, *Docteur en Pharmacie.*

L'hypnopyrine est un dérivé chloré de la quinine possédant des propriétés analgésique, hypnotique et antithermique.

L'hypnopyrine se présente sous la forme de longues et fines aiguilles prismatiques d'un blanc nacré, de saveur amère et d'odeur légèrement chlorée.

Ce corps est soluble dans huit fois son poids d'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante et l'alcool, insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Abandonnée pendant longtemps à l'action de l'air, l'hypnopyrine s'effleurit et jaunit; il y a lieu de la conserver dans des flacons de verre coloré, bien bouchés.

Les acides minéraux la dissolvent facilement sans donner de coloration même à l'ébullition; les alcalis la décomposent.

L'hypnopyrine est un dérivé chloré de la quinine; elle donne avec l'hypochlorite de chaux et l'ammoniaque, le même précipité vert caractéristique de cet alcaloïde.

On peut d'ailleurs facilement distinguer ces deux corps au moyen de la réaction suivante : une solution d'hypnopyrine additionnée de nitrate d'argent et d'ammoniaque puis chauffée légèrement dans un tube de verre, tapisse celui-ci d'un brillant miroir d'argent.

Au point de vue thérapeutique, l'hypnopyrine est un excellent analgésique et un bon hypnotique, possédant en outre des propriétés antithermiques moins énergiques mais certaines.

Nous avons expérimenté ce nouveau médicament depuis un an et demi environ et nous avons pu étudier son action sur un nombre considérable de malades et dans des affections très diverses.

L'hypnopyrine présente sur les analgésiques de la série aromatique des avantages très marqués.

Elle agit sans produire de sueurs profuses comme l'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon, etc., et sans amener de phénomènes de collapsus.

Elle est absolument inoffensive pour l'estomac et produit, d'une façon générale, un effet tonique et apéritif, comme la quinine, sans irriter le tube digestif.

Nous l'avons administrée à de nombreux malades présentant des phénomènes dyspeptiques marqués sans qu'il se soit produit des troubles du côté de l'appareil digestif même en employant des doses élevées, 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures.

Lorsqu'on dépasse la dose de 2 grammes par jour, chez l'adulte, l'hypnopyrine produit momentanément chez certains des bourdonnements d'oreille comme la quinine, bourdonnements fugaces qui cessent au bout de quelques instants.

Jamais l'hypnopyrine n'a produit d'exanthèmes cutanés comme l'antipyrine, elle s'est constamment montrée efficace contre la

douleur et a amené, en même temps, le sommeil chez les malades qui présentaient de l'insomnie due à la douleur. Son action analgésique se manifeste très rapidement : quelques minutes après l'ingestion; à la dose de 50 centigrammes, elle amène la sédation des douleurs légères telles que les céphalées fébriles, la migraine, et cette action se prolonge pendant au moins 5 heures.

En dehors de son action analgésique et hypnotique, l'hypnopyrine est également antithermique : c'est un antipyrétique léger : elle ne produit pas, comme beaucoup d'antithermiques un abaissement brusque et brutal de la température, pouvant amener du collapsus, et gênant le travail de la nature en empêchant les oxydations, la fièvre étant, comme on sait, une des meilleures défenses de l'organisme.

Son action est légère; une dose de 50 centigrammes produit pendant quelques heures un abaissement de température d'un demi-degré.

Les propriétés thérapeutiques de l'hypnopyrine nous étant connues, il est facile de prévoir quelles sont ses indications :

Dans les pyrexies infectieuses :

Dans la grippe, l'hypnopyrine donnée à la dose de 1 gramme par jour a fait, dans plus de 100 cas, disparaître la courbature si spéciale à cette infection; la céphalée grippale, les névralgies qui persistent après cette pyrexie; tout en calmant la douleur et en diminuant la fièvre, elle a permis aux malades de dormir; son action sur l'estomac s'est manifestée en produisant de l'appétence et empêchant les phénomènes d'anorexie si fréquents après la grippe.

Dans la rougeole, nous avons administré l'hypnopyrine en suppositoires à la dose de 25 centigrammes à 50 centigrammes suivant l'âge des enfants, pour combattre les symptômes fièvre et douleurs qui précèdent l'éruption.

Dans de nombreux cas d'*angines aiguës*, dans les refroidissements, les bronchites, les affections broncho-pulmonaires *a frigore*, l'hypnopyrine nous a rendu les mêmes services que dans la grippe.

L'été dernier nous avons eu l'occasion de traiter deux fièvres typhoïdes de moyenne intensité, lesquelles se sont terminées par la guérison, le traitement ayant consisté en 3 cachets d'hypnopyrine de 50 centigrammes par jour, matin, après midi et soir, diète lactée et liquide, sans avoir eu besoin de recourir aux bains ni aux lotions.

L'hypnopyrine suffisait pour amender la céphalée et diminuer l'*hyperpyrexie*. C'est surtout chez de nombreux tuberculeux que nous avons employé l'hypnopyrine à la fois comme sédatif des points de côtés et hypnotique; l'action antithermique s'est montrée, comme pour tous les antithermiques, peu énergique.

M. le Dr Bergouignan, interne des hôpitaux de Paris, a également expérimenté l'hypnopyrine dans 5 ou 6 cas de tuberculose fébrile à l'hôpital Necker et a pu constater l'action analgésique et hypnotique du nouveau médicament; il est arrivé aux mêmes conclusions que nous au point de vue antithermique, à savoir qu'à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme l'hypnopyrine amène un abaissement thermique faible de 1/2 à 1° au maximum.

Au point de vue analgésique pur, l'hypnopyrine nous paraît être un bon médicament.

Dans de nombreux cas de névralgie de la face, des membres, du thorax dans les douleurs fulgurantes et viscérales des tabétiques, dans les douleurs névritiques du diabète, dans les céphalées, la migraine, l'hypnopyrine ne le cède en rien aux autres analgésiques.

Dans certains cas de céphalées, de névralgies rebelles, elle s'est montrée efficace là où d'autres analgésiques avaient échoué.

Nous l'avons expérimentée dans plusieurs cas de rhumatismes articulaires aiguës, en l'associant au salicylate de soude; nous formulions des cachets contenant 25 centigrammes d'hypnopyrine et 75 centigrammes de salicylate de soude pour un cachet de 2 à 4 cachets dans les vingt-quatre heures. Les 6 cas que nous avons ainsi traités ont tous guéris dans un laps de temps assez court et n'ont présenté aucune complication cardiaque ni péricar-

dique, bien que deux de ces cas aient présenté une intensité assez forte.

Dans les cas de rhumatismes musculaires, goutteux, de lumbago, de sciatique, l'hypnopyrine semble produire de bons effets.

Pour ne pas donner une amplitude trop grande à cette communication nous ne faisons qu'énumérer les différentes affections dans lesquelles nous avons administré l'hypnopyrine, vous faisant grâce des observations de tous ces malades.

M. Dupasquier, interne des Hôpitaux de Paris, a expérimenté l'hypnopyrine à l'Hôpital de la Pitié dans une quinzaine de cas variés et a obtenu lui aussi des résultats positifs au point de vue de l'analgésie et de l'hypnose.

Voici donc un nouveau médicament analgésique, hypnotique et antithermique à ajouter à la longue liste des médicaments similaires. Celui-ci a un mérite, c'est d'être un produit français. On peut l'administrer soit en cachets de 50 centigrammes ou 25 centigrammes, soit en pilules de 20 centigrammes, soit encore sous forme de suppositoires.

A cause de sa grande amertume, ces moyens sont préférables à la potion; on peut cependant donner l'hypnopyrine sous forme de sirop; le sirop d'écorce d'orange amère paraît être un bon véhicule.

L'hypnopyrine semble être d'une innocuité absolue.

II. — *Traitement de la maladie d'Addison par les injections de capsules surrénales,*

par le Dr HIRTZ.

Pendant longtemps, on a cru que la thérapeutique se trouvait désarmée contre la maladie d'Addison. Cependant l'utilité du traitement antituberculeux est incontestable. La suralimentation par le lait, les viandes blanches, le beurre, la viande crue, les œufs, la licithine est très favorable. Comme *médicaments*, le cacodylate, les inhalations d'oxygène agissent contre les troubles gastriques et les vomissements.

Les bains sulfureux (Peter), les frictions, le massage semblent améliorer mais ne guérissent pas; l'électrothérapie a été vantée par Semmola et Jaccoud, le bain statique avec étincelles, les injections sous-cutanées de glycérophosphate (Robin) ont donné de bons résultats.

Avant de faire connaître l'action spéciale de l'extrait de glande surrénale sur la maladie d'Addison, il est bon que l'on sache les propriétés de cet extrait, envisagées au point de vue thérapeutique général. Un travail très consciencieux du Dr Batès, de New-York, me permettra de donner sur ce sujet quelques notions intéressantes.

Valeur thérapeutique de l'extrait de glande surrénale (d'après le Dr BATÈS, de New-York). — Le Dr Batès qui, depuis 1894, a étudié dans un grand nombre de cas l'action de l'extrait de capsule surrénale est arrivé à cette conclusion que : comme *astringent* dans toutes les inflammations comme *hémostatique* et comme *tonique de la fibre musculaire aucun médicament ne lui est comparable*. Les propriétés astringentes ont été utilisées en instillation dans les affections de l'œil et des paupières.

Dans le *catarrhe sec de l'oreille*, l'extrait glandulaire diminue la congestion et dans 25 cas le Dr Batès en a obtenu d'excellent résultats.

Des cas de bourdonnement ont *également été améliorés* par l'extrait surrénal.

Le Dr Douglas-Stanley a trouvé que dans un cas d'*anémie pernicieuse*, l'extrait surrénal avait amené une augmentation marquée des *globules rouges*.

Les propriétés décongestives et *tonimusculaires* de l'extrait surrénal ont été également utilisés dans les affections du cœur. L'extrait glandulaire s'est révélé comme un *véritable tonique cardiaque*. La *tension* a été augmentée d'une façon marquée par des injections intraveineuses. L'administration par voie sous-cutanée est moins forte; par la voie buccale, elle est incertaine; dans cinq cas que rapporte le Dr Batès, l'*extrait surrénal se montra plus actif que la digitale* et l'ergot. Enfin l'extrait surrénal a encore été employé

avec efficacité, par le Dr G.-W. Crarg *dans le goitre exophtalmique*. Il améliore l'action du cœur et est un tonique pour le *système musculaire tout entier*. La tumeur a presque complètement disparu, le tremblement est à peine marqué et le malade augmente de poids.

Pour le Dr Batès, le meilleur mode d'administration du médicament est de placer quelques gouttes d'extrait aqueux sur la la langue.

Avant Batès, l'opothérapie surrénale avait suscité de *nombreux travaux* : les thèses de Langlois, Dupayne, Hemet, le mémoire de Gilbert et Carnot, la revue de Guihal (*Gazette des hôpitaux*). Dès 1856, Brow-Sequard pratique l'ablation totale des capsules, la mort s'en suit rapidement. Les physiologistes admettent une *sécrétion interne* de la glande surrénale de nature indéterminée. Sa suppression entraine la mort.

De là l'idée de restituer à l'organisme le produit *antitoxique* qu'il a perdu et de s'opposer à l'évolution de la maladie d'Addison.

On peut considérer au point de vue des résultats :

1° Les *cas nocifs* ;

2° Les *cas sans résultat appréciable*;

3° Les *cas avec résultat partiel*;

4° Les *cas de guérison.*

Cas nocifs. — Aggravation. Foa et Pelleciani, mort rapide. Petrio, aggravation de l'état général.

Cas de Colosanti et Bellati. — Injections sous-cutanées d'extrait azoté; doses progressives; mort brusque au bout de vingt jours de traitement; mais malade très avancé; capsules surrénales, laudanum.

Rendu. — Addisonien amélioré par traitement général. *Opothérapie*, deux jours après albuminurie, mort en 10 jours, subitement.

Cas sans résultat appréciable. — Cas d'Abelaire, Langlois Charrin, Chauffard; observation négative de Grainger-Steward (1894); cas douteux de Daru, de Murrel, Gailhard, 1897.

Cas avec résultat partiel. — Thèse de Mahé, 1894. — *Asthénie* améliorée en deux mois ; id. Maragliano.

Faisans, disparition de mélanodermie seule.

Asthénie surtout améliorée, liée à l'insuffisance capsulaire, Dieulafoy; Osler et Dupaigne, amélioration passagère; Schilling, amélioration, guérison apparente, mort de pneumonie.

1898. Widal Hayem : disparition de l'asthénie, mort après.

Cas favorable. — Le 29 février 1898, Béclère présente un jeune homme de 28 ans, bacillaire. Syndrome Addison complet, aggravation progressive; tous les accidents se sont rapidement améliorés, même la mélanodermie; a recouvré la force et la santé; la guérison s'est maintenue depuis trois ans.

Opothérapie surrénale sous tous ses modes ; ingestion de capsules fraîches, injections sous-cutanées d'extraits hydro-glycérinés de glandes surrénales de veau.

Il s'est écoulé *deux mois* entre le début du traitement et les premiers signes d'amélioration. Le traitement a duré cinq mois, puis guérison maintenue.

Préparation de capsules surrénales de jeunes veaux. Injections bien aseptiques.

Formule de d'Arsonval :

Capsules surrénales......................	10 gr.
Glycérine à 30°..........................	10 »

Les capsules sont divisées en fragments et mises à macérer 24 heures dans la glycérine.

On ajoute 5 grammes d'eau bouillie et salée (25 grammes de sel par litre). Stérilisation par l'acide carbonique sous pression, après filtration sur papier.

On injecte chaque jour 1 à 2 cc. du mélange dilué de parties égales d'eau bouillie.

Capsules de glandes surrénales desséchées de 10 centigrammes par capsule : 2 à 4 par jour.

Pulpe fraîche.

En résumé, il existe donc un cas avéré de guérison prolongée

Voici mes deux observations :

HÔPITAL LAENNEC, SALLE CRUVEILHIER

Maladie d'Addison.

Observation I. — J. L..., n° 27.

Antécédents héréditaires. — Le père est un nerveux. La mère névropathe et mystique est morte à 46 ans de *purpura hémorragique.*

Le malade a une sœur sujette aux crises nerveuses.

Antécédents morbides. — Varicelle dans la jeunesse.

A 17 ans une syncope nocturne avec malaise consécutif que l'on a attribué à un empoisonnement de nature indéterminée.

Aucune autre maladie jusqu'à il y a *six ans*, où se produit une gastro-entérite. Le malade reste au régime lacté un mois et demi. Par la suite, il reste toujours *sujet à la diarrhée.* Les digestions sont pénibles.

Le 11 octobre 1900, il est soigné à Lariboisière pour *une pleurésie*; il reste 46 jours en traitement, sort 8 jours, rentre de nouveau pour une rechute et est envoyé le 23 février 1901 en convalescence à Angicourt. A la suite de sa pleurésie est survenue de l'*arthrite de l'articulation scapulo-humérale* gauche qui présente aujourd'hui un certain degré d'ankylose. Pendant son séjour à Angicourt, les troubles gastriques reparaissent plus intenses et nécessitent de nouveau le régime lacté.

Lafon quitte Angicourt le 7 juin 1901, ayant plutôt engraissé. Cependant, *quelques jours après sa sortie*, un médecin remarque qu'il a le *facies bronzé* et fait le diagnostic de *maladie d'Addison.*

Par la suite, le malade vit d'expédients et se trouve bientôt dans une misère noire. Il commence alors *à tousser* et *s'amaigrit rapidement.*

C'est surtout à cette époque qu'il reprend ses habitudes de *buveur* et il s'adonne assez fortement à la boisson.

Il y a trois ou quatre mois le malade remarque de la dyspnée d'effort, qui apparaît à la suite d'une marche rapide ou de l'ascension d'un escalier.

Peu à peu cette dyspnée augmente, jusqu'à il y a sept ou huit

jours. A la suite du moindre effort, le malade est pris alors de véritables *accès de suffocation*. La dyspnée est alors continuelle. La toux et l'amaigrissement se sont accentués peu à peu; les forces ont considérablement diminué; les nuits sont sans sommeil et le malade est en proie à *des sueurs nocturnes*.

Dans ces derniers jours l'*asthénie* est presque complète, aussi le malade entre à l'hôpital le 5 mars 1902.

6 *mars* 1902. — Le malade est considérablement *amaigri*; le faciès est émacié, les pommettes saillantes, les yeux brillants, légèrement hagards. Dès l'abord, on est frappé de deux faits : la *coloration des téguments*, la *dyspnée*.

La peau présente sur tout le corps une pigmentation noire anormale, lui donnant une couleur brun foncé, atteignant le noir d'ébène sur certains points, comme le mamelon ou le gland. La pigmentation est également plus intense sur les cicatrices diverses que l'on remarque sur le corps et qui sont dues à des boutons d'acné, soit à des furoncles, soit à des sinapismes ou des pointes de feu.

Les mains ont également une coloration plus foncée que le reste du tégument, et les ongles eux-mémes présentent une coloration gris cendré.

La dyspnée, très vive, est continuelle et paroxystique, exagérée par le moindre mouvement.

La toux est fréquente, pénible, et s'accompagne d'une sensation de déchirement sous les clavicules.

Le malade se plaint de manquer de forces, il peut à peine marcher et redoute une syncope dès qu'il met pied à terre.

Le pouls est rapide, 110, faible, dépressible.

La température 38°.

On observe un peu d'œdème des jambes, autour des malléoles et de la paroi lombaire.

A l'examen des divers appareils on trouve :

Poumons :

Inspection. — La paroi est déprimée sous la clavicule gauche. Il

y a à ce niveau un peu d'atrophie du pectoral de ce côté. En arrière, à gauche également, un peu d'atrophie musculaire et de dépression.

Palpation. — Vibrations thoraciques exagérées aux deux sommets, surtout à gauche.

Percussion. — *Matité au sommet gauche* en avant et en arrière. Submatité au sommet droit.

Auscultation.— *Respiration rude*, soufflante et *saccadée aux deux sommets*, avec de plus, au sommet gauche, *quelques craquements* à la toux.

Quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Cœur et *Appareil circulatoire* :

Tachycardie. Léger rythme de galop à la pointe. Quelques souffles anémiques dans les vaisseaux du cou.

Foie. — Légèrement hypertrophié. Déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Reins. — Quelques douleurs dans la région rénale. *Douleurs réveillées à la palpation, surtout à gauche.*

Un peu de cryesthésie dans la région rénale.

Les urines assez abondantes sont louches mais ne contiennent *ni sucre ni albumine.*

Rate. — Normale.

Tube digestif. — L'examen de la *bouche* permet de constater *quelques plaques mélaniques* sur la face interne des joues, le *palais* et le *voile.*

La *langue* est saburrale.

L'*estomac* est un peu dilaté et est le siège de douleurs fréquentes après les repas. Le malade se plaint de renvois et de pyrosis.

Intestin, Diarrhée. Quelques bourrelets hémorroïdaires.

Système nerveux et *organes des sens.*

Pas de troubles de sensibilité, pas de troubles sensoriels. Le malade est très nerveux, émotif et neurasthénique.

Réflexes *rotuliens exagérés considérablement des deux côtés.* Les réflexes des *tendons du triceps* et des *fléchisseurs des doigts sont également exagérés.*

Réflexe *achilléen, normal.*

Réflexe *lumineux très paresseux, presque nul.*

Un *peu d'inégalité pupillaire.* La pupille gauche est un peu plus grande que la droite.

En somme, le malade se présente avec des phénomènes de tuberculose pulmonaire et de maladie bronzée. Il présente de plus une dyspnée qui est loin d'être en rapport avec ses lésions pulmonaires, peut-être s'agit-il là de *dyspnée toxique*, rappelle dyspnée urémique, sans respiration de Cheyne-Stokes.

On donne le régime lacté et des potages. Repos au lit. Ventouses sèches en avant et en arrière.

7 *mars* 1902, — Même état. Cependant la dyspnée est un peu moins vive. Pour provoquer la diurèse on donne 50 centigrammes de théobromine dans la journée, que l'on continue les jours suivants.

10 *mars* 1902. — Injections de cacodylate de soude. *Œdème des jambes* et *de la paroi thoracique antéro-supérieure droite, signes de cachexie.*

11 *mars* 1902. — *Injections d'extrait de capsule surrénale*, que l'on continue les jours suivants.

L'œdème du thorax a disparu. On observe toujours un peu d'œdème des jambes, mais surtout de l'œdème localisé à la paroi abdominale, la verge et le scrotum.

13 *mars* 1902. — L'œdème de la verge et des jambes persiste. La dyspnée est toujours très vive, semble due à une intoxication.

Examen de l'urine des 24 heures. Urine jaune rouge, légèrement trouble, ne présentant pas de dépôt.

Volume : 1250 cc.;

Densité, 1018.

Sucre et albumine : néant.

Urée : 9 grammes par litre soit 11 gr. 25 par 24 heures.

Phosphate en P^2O^5 : 1 gr. 72 par litre, soit 2 gr. 15 par 24 heures.

Chlorures en NaCl : 12 grammes par litre, soit 15 grammes par 24 heures.

En somme, diminution considérable de l'urée.

Chlorurie surtout si on tient compte que le malade ne se nourrit pas et prend à peine 1 litre et demi de lait.

Contre toute prévision, le malade s'améliore progressivement en avril et en mai, gagne en poids comme l'indique le tableau des poids. Les signes de tuberculose disparaissent; le sommet du poumon se sclérose. Le malade est à 4 degrés, mange bien, respire facilement et fait le service de la salle.

POIDS

28 décembre....	50 kgr.		14 avril........	59 kgr.	
4 janvier.... .	52 »		26 —	58 »	500
11 —	52 »	700	10 mai.........	59 »	
18 —	54 »		19 —	59 »	
25 —	55 »		24 —	59 »	500
1er février.. ...	55 »	500	1er juin........	58 »	600
1er mars........	61 »		8 —	59 »	
15 —	60 »		17 —	59 »	400

N° 27 : Examen du sang.

Globules rouges......................	4.433.000
— blancs......................	8.000

dont :

Polynucléaires neutrophiles...........	58 p. 100
— éosinophiles...........	" —
Mononucléaires.......................	21 —

Pouls : 120.

Température { matin, 38°. soir, 39°.

SALLE CRUVEILHIER, N° 7

Obs. II. — *Antécédents personnels.* — A l'âge de 15 ans, le malade aurait eu une *coxalgie droite* (?), dont il ne reste aucune trace; a été soigné à l'institut Pasteur, ayant été mordu par un chien enragé en 1889.

Depuis lors le malade n'a eu aucune infection. Il a eu les côtes fracturés par suite d'une chute d'un premier étage. Il entre, pour alcoolisme, salle Cruveilhier, le 26 décembre 1901, venant de chirurgie où il avait été opéré d'une hernie gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de cœur (?). Père vivant, mais paralysé du côté droit. Deux frères bien portants.

Examen actuel. — Ce qui frappe, au premier abord, en examinant le malade, c'est la pigmentation toute particulière de la peau.

Le visage présente une coloration brunâtre très accentuée. Cette coloration s'arrête brusquement à la partie moyenne du front. Les téguments de la tête, bien visibles chez le malade qui a perdu en partie ses cheveux, sont peu colorés.

Les mains et les deux avant-bras présentent cette même pigmentation.

Sur le tronc, on voit par place des plaques brunâtre de dimensions variables. Détail à noter : les reliquats d'égratignures de blessures anciennes présentent un maximum de pigmentation et apparaissent noirâtres.

La coloration normalement foncée de l'aréole et de la verge *est accrue* et revêt un aspect *noirâtre* des plus nets.

A l'examen de la *bouche* du malade, on constate sur la face interne des joues et le voile du palais des *plaques brunâtres* tranchant nettement sur la couleur rosée de la muqueuse.

A l'interrogatoire du malade, on apprend que ce dernier a complètement perdu ses forces. Il est absolument incapable de marcher. On constate à l'aide du dynamomètre une diminution très marquée de la force musculaire. Au premier essai l'aiguille atteint le chiffre 50, au second effort elle ne monte plus qu'au chiffre 40. Le malade se sent incapable de déployer un troisième effort. C'est avec peine que le malade répond aux questions qu'on lui adresse, tant est grande son *apathie*; il est enfoui dans son lit, indifférent à tout ce qui l'entoure.

Appareil pulmonaire. — Semble intact.

Appareil digestif. — Anorexie absolue. Le malade accuse une *diarrhée intense*.

Cœur. — Rien à signaler.

État général. — Pas de fièvre ; on constate que le malade est considérablement amaigri ; il pèse 50 kilogrammes.

Devant cette coloration toute spéciale de la peau et des muqueuses, à laquelle se joint une asthénie des plus nettes, le diagnostic de maladie d'Addison est porté. En résumé :

Asthénie.

Pigmentation.

Diarrhée chronique.

Douleur à la pression dans la région, surrénale gauche.

Évolution de la maladie. — Dès le 27 décembre, on fait au malade des piqûres de cacodylate de soude.

Le 4 janvier, *première injection d'extrait de capsules surrénales*. Celles-ci sont continuées pendant 12 jours.

Déjà le 11 janvier, le poids du malade augmente et pèse 52 kgr. 700.

Le 11 janvier, augmentation 2 kgr. 700, en 7 jours.

Le 20 janvier, 7 jours après, 55 kilogrammes ; augmentation, 2 kgr. 300.

Le 20 janvier, son poids est de 55 kilogrammes.

Le 25 janvier. Le malade se plaint de douleurs abdominales extrêmement vives, sortes de coliques revenant sous forme d'accès durant 3 ou 4 heures. A la suite de ces accès le malade est pris de *diarrhée profuse*.

Pour calmer ces douleurs, application de collodion sur l'abdomen.

Le 27 janvier. — Reprise des injections de capsules surrénales. Le malade se plaint toujours des douleurs abdominales et de la diarrhée. De plus, au *creux épisgastrique*, il éprouve une *douleur* qu'il compare à un *fer rouge* que l'on promènerait sur la peau.

Le 1er février, 55 kilogrammes.

Le 1er février. — Le poids du malade atteint 55 kilogrammes.

On constate que la pigmentation du visage a diminué dans des proportions très notables.

La diarrhée continue toujours, mais les douleurs abdominales ont diminué.

Le 15 février. — La dépigmentation de la peau s'accentue toujours. Sur la face interne des joues, les plaques brunâtres sont toujours visibles, mais cependant d'une teinte moins foncée.

Le 28 février. — Le malade est repris de coliques abdominales très fortes nécessitant une nouvelle application de collodion.

La diarrhée persiste toujours malgré la médication au bismuth.

Appareil pulmonaire. — L'auscultation ne révèle toujours rien aux poumons.

Appareil digestif. — Dans l'intervalle des crises douloureuses, l'appétit est bon. Il est donc revenu sous l'influence du traitement, car, à son entrée à l'hôpital, le malade présentait une anorexie absolue.

Le 1er mars, 61 kilogrammes ; en deux mois, a gagné 11 kilogrammes.

1er mars. — *Les mains et les avant-bras ont perdu toute trace de pigmentation.*

La teinte brunâtre du visage a presque complètement disparu. Il faut presque être prévenu pour faire du malade un addisonien.

De plus, depuis trois semaines environ les forces du malade sont revenues dans des proportions considérables. Il se lève, aide à balayer les salles. Seulement il tombe vite en sueur et le soir il éprouve une certaine fatigue. De plus, il est gai, parle volontiers.

Poids : 61 kilogrammes.

Si l'on considère l'état actuel avec celui qu'il présentait à son entrée à l'hôpital, on constate une amélioration des plus sensibles.

État des réflexes. — Réflexes rotuliens, exagérés des deux côtés.

Réflexe crémastérien et abdominal abolis.

Le malade présente à droite un myosis très marqué; malgré cela, l'accommodation est conservée des deux côtés.

Réflexe à la lumière normal.

Examen ophtalmoscopique. — Dépôt pigmentaire dans l'iris à droite, probablement autour d'un corps étranger.

Le 22 juin. — État général excellent, la pigmentation de la peau diminue encore, les taches du voile du palais ont disparu. — Le malade mange bien, se sent vigoureux, ne se plaint plus de diarrhée.

Il peut être considéré comme définitivement guéri, puisque depuis six mois qu'il est dans mon service, il a fait des progrès incessants.

Urine louche, jaune citrin.

Volume, 2.250 cc.

Densité, 1.013.

Sucre et albumine, néant.

	PAR LITRE	PAR 24 HEURES
	—	—
Chlorures	8 gr.	18 gr.
Phosphates	1 » 06	2 » 38
Urée	11 » 60	26 » 1

Urine du n° 7, salle Cruveilhier.

Température plutôt hypothermique.

Pouls 78.

Globules rouges	5.611.000
Globules blancs	6.000

dont :

Polynucléaires neutrophiles	62 p. 100
Polynucléaires éosinophiles	2 —
Mononucléaires	16 —

Notre malade n° 7 a été rapidement amélioré par le traitement opothérapique. Alors que celui de Béclère n'avait éprouvé les bienfaits de cette méthode que deux mois après le début du

traitement, le nôtre a augmenté de 2 kgr. 700 dès les huit premiers jours, et, après deux mois de séjour dans notre salle, il avait engraissé à vue d'œil et pris 61 kilogrammes au lieu de 50 qu'il pesait à l'entrée.

La pigmentation de la peau s'est atténuée considérablement. Il était franchement bronzé le 4 janvier, c'est à peine s'il est hâlé aujourd'hui.

L'asthénie a totalement disparu. Cet homme apathique et taciturne est devenu causeur et expansif, se promène une partie de la journée.

La diarrhée seule revient assez aisément, accompagnée de coliques diffuses.

La rapidité extraordinaire de l'amélioration, l'atténuation des grands symptômes, l'engraissement surprenant progressif, nous permettant d'espérer que chez notre n° 7 la guérison sera définitive.

Notre optimisme ne semblait plus de mise en ce qui concerne le n° 38.

Antécédents suspects, bacillose manifeste, dyspnée toxique, œdèmes, fièvre, mauvaise angine, pronostic réservé.

L'opinion que nous formulions sur ce malade en avril, a été contredite par les événements. Contre toute prévision, à la suite d'injections d'extrait de capsules surrénales, il s'est amélioré progressivement, et aujourd'hui je le considère comme étant en pleine voie de guérison, comme le n° 7.

J'apporte donc à la Société deux faits intéressants de guérison de la maladie d'Addison.

Je ferai remarquer en terminant que le traitement opothérapique par l'extrait de capsules surrénales a certainement agi très heureusement sur les lésions tuberculeuses du poumon. Chez notre n° 27, les signes certains de tuberculose qu'il présentait à l'entrée ont disparu.

Je réserve pour une communication ultérieure d'autres recherches que j'ai faites dans ce sens.

Plusieurs tuberculeux traités par des injections d'extrait de cap-

sules surrénales, ont été améliorés rapidement d'une manière surprenante. Cette constatation n'a pour but que de prendre date pour ce traitement plein de promesses.

Si j'ai pu mener à bonne fin le traitement des deux malades dont je rapporte les observations, c'est grâce à la complaisance de M. Chaix, qui a mis à ma disposition les préparations de capsules surrénales, qui m'avaient été rigoureusement refusées par l'administratien. (Pièces à l'appui.)

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale, par M. J. FERRAND; 1 vol. in-8° de 192 pages, avec 8 planches. — J. Rousset, éditeur Paris, 1902.

Après avoir établi qu'il peut exister chez le vieillard une forme d'hémiplégie qui n'est causée ni par l'hémorragie, ni par le ramollissement, mais par lacune, M. Ferrand étudie la lésion anatomique constatée, son siège, ses caractères macroscopiques, son évolution, sa constitution histologique, ses divers degrés, ses différences avec les autres états cavitaires du cerveau, puis il expose l'évolution clinique de la maladie caractérisée par des signes d'apoplexie incomplète, de paralysies transitoires, aboutissant fréquemment à la guérison.

La lacune de désintégration cérébrale serait sous la dépendance des lésions artérielles du cerveau. La sclérose des petites artères entraînerait secondairement une encéphalite chronique.

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, par M. MARMONNIER 1 vol.; avec une préface de M. Jullien; 1 vol. in-16 de 408 pages. — O. Doin, éditeur, Paris, 1902.

La syphilis est féconde en indications thérapeutiques et exige de celui qui la traite la connaissance des ressources multiples dont on dispose à l'heure actuelle. Malheureusement la mémoire ne saurait retenir les nombreuses formules qu'on tente de lui confier, et le temps fait souvent défaut au praticien pour qu'il puisse remonter aux véritables sources A ceux-ci M. Marmonnier vient en aide avec son formulaire pratique où il a su condenser, sous un faible volume, le résumé du traitement de la syphilis si magistralement exposé dans les remarquables ouvrages

des syphiligraphes les plus autorisés. Son enquête étendue et minutieuse révèle la grande part qu'il a justement assumée dans la critique des documents et la ligne de conduite dûment tracée pour chaque cas. « Ce faisant, M. Marmonnier s'est affirmé savant et praticien de premier ordre, dit M. Jullien, dans la préface écrite pour cet ouvrage qui, malgré son titre modeste, est l'ouvrage d'un maître. »

Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur. — Guide pratique, par M. F. Buret; 1 vol. in-12 de 228 pages. Société d'éditions scientifiques, Paris, 1902.

Le livre de M. Buret est un résumé des théories émises sur la vénéréologie. Il n'a pas la prétention d'entrer en concurrence avec les traités didactiques venus ou à venir. Libre de toute attache doctrinale, il s'attache à critiquer et dénoncer toute formule paraissant mériter un reproche, et faisant voir le bon et le mauvais côté de chaque médication, il laisse le lecteur juge du choix à faire.

L'École de santé de Paris (1794-1809), par A. Prevost, rédacteur au secrétariat de la Faculté de médecine; 1 vol. in-8° de 170 pages. Bibliothèque historique de la France médicale, 1901.

A l'aide des procès-verbaux de l'assemblée des professeurs, des dispositions réglementaires publiées dans les bulletins de l'instruction publique et des différents documents renfermés dans les archives de la Faculté de médecine, M. Prevost a tracé l'historique de l'École de santé, de sa création en 1794 à sa transformation en 1809 en Université impériale. D'une lecture attachante, ce travail fait assister aux phases qu'a traversées l'enseignement médical, du 14 frimaire an III où la Convention nationale établissait à Paris, Montpellier et Strasbourg une École de santé, destinée à former des médecins pour le service des hôpitaux militaires et de la marine, au 11 janvier 1809 où le grand maître de l'Université écrivait à M. Thouret pour lui annoncer que l'École qu'il dirigeait devenait la Faculté de médecine de l'Académie de Paris. A signaler comme particulièrement intéressants les divers chapitres qui traitent de l'institution, de l'enseignement, du régime des études, des élèves de la Patrie, du personnel et des chaires, de l'administration, des cliniques, des cérémonies, des costumes. A la fin de l'ouvrage se trouvent les documents justificatifs auxquels, au moyen d'un numérotage particulier, le lecteur peut facilement se reporter.

Le tabac. — Son histoire, sa production et sa consommation; son rôle au point de vue économique; son influence sur la santé physique, intellectuelle et morale de l'enfant et de l'adulte par M. Jules Denis; un vol. in-8° de 120 pages, avec figures et graphiques. O. Doin, éditeur, 1902.

Si quelqu'un a bien mérité de la jeunesse et a droit à une place d'honneur dans les annales des diverses sociétés contre l'usage et l'abus du tabac c'est assurément M. Denis. Son livre est un plaidoyer serré et convaincu contre la plante à Nicot. Sans doute à la saine critique on trouve un peu exagérés les méfaits signalés, mais cette exagération on la comprend et on la pardonne. Le but proposé est si louable : montrer aux jeunes gens que l'usage du tabac porte un préjudice considérable à l'hygiène, à la morale et à la fortune publique : à l'hygiène en occasionnent une source de malaises sérieux, en étant le point de départ d'états maladifs en raison surtout de l'action nocive que le tabac exerce sur le cœur et les organes de la respiration; à la morale, en affaiblissant le caractère, en diminuant la force de volonté, en annihilant la personnalité, en inclinant à la paresse, au désœuvrement, à la lâcheté morale, à l'alcoolisme; à la fortune publique enfin, en dérobant à la culture des produits alimentaires des terrains considérables consacrés aux plantations de tabac, en portant atteinte à l'esprit d'économie, en étant la cause d'un grand nombre d'incendies et d'explosions, en augmentant considérablement le budget de l'Assistance publique.

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, par ALFRED FILASSIER ; 1 vol. in-8° de 492 pages, 2e édition revue et trés augmentée JULES ROUSSET, éditeur, 1902.

Il était nécessaire de réunir les dispositions administratives éparses au sujet de l'hygiène, à cette heure surtout où la protection de la santé publique fait l'objet des plus graves préoccupations. C'est ce qu'a fait M. Filassier dans son substantiel ouvrage dont la première édition enlevée en moins d'un an, s'est complétée par l'étude de toutes les questions d'hygiène les plus actuelles et que les commissions de la tuberculose, de la dépopulation, pour la prophylaxie des maladies vénériennes, instituées par le ministère de l'Intérieur, s'efforcent de résoudre.

On trouve dans ce livre tout ce qui est relatif à la voirie, à la largeur des rues, à la hauteur des maisons, aux maladies virulentes, à l'abatage des animaux atteints d'affections contagieuses.

A signaler les mesures de protection prises en 1901 contre l'épidémie de peste qui nous menaçait et l'exposé des difficultés juridiques soulevées par l'application de la loi du 10 juillet 1894, sur le tout à l'égout.

Un rapide coup d'œil jeté sur les législations sanitaires étrangères sert de complément à cet ouvrage appelé à rendre aux municipalités et aux administrations publiques de réels services.

Etude sur le thymus envisagé spécialement au point de vue de la médecine légale, par M. J.-P. THARGHETTA. (*Thèse de Paris*), O. Doin, éditeur, 1902.

L'anatomie descriptive, l'histologie et l'embryologie ont fait

connaître d'une manière précise l'origine et la signification morphologique du thymus; par contre les expériences physiologiques et les preuves pathologiques ont peu contribué à la détermination exacte de ses fonctions. Il n'y avait d'ailleurs pas lieu d'attribuer une bien grande importance à cet organe, dont l'activité est en somme éphémère, jusqu'au jour où les pathologistes d'un côté, les médecins légistes de l'autre ont montré son rôle incontestable dans l'évolution de quelques maladies et dans la production de certains décès. En ces derniers temps en effet l'hypertrophie du thymus a été accusée de provoquer la mort subite chez les enfants parfois, même chez l'adulte par un phénomène d'inhibition dont M. Tharghetta place le point de départ dans les nerfs sensitifs de la trachée. L'augmentation brusque du thymus déjà hypertrophié déterminerait l'impression nécessaire et suffisante à la production du réflexe inhibitoire.

Le travail de M. Tharghetta est une mise au point très complète de nos connaissances sur cet organe si peu étudié et si peu connu, le thymus.

Enseignement de la déontologie médicale dans les Facultés, par M. L.-G. ROSENWALD (*Th. Paris*). Imprimerie Lahure, 1902.

La science est insuffisante à faire le médecin. A côté du bagage scientifique le plus lourd, il faut à celui qui se voue à la carrière si utile de soulager et de guérir ses semblables des qualités morales qu'on cultivera non seulement par l'exemple et par quelques conseils disséminés dans le cours de la vie d'étudiant, mais encore par des soins constants, consciencieux, donnés avec enthousiasme par ceux qui sont eux-mêmes animés de ce feu sacré du beau et du bien. Aussi, M. Rosenwald demande-t-il qu'au programme des études de médecine soit joint un cours officiel de déontologie; que vers la fin de ses études, par exemple à l'examen de médecine légale, le candidat subisse des interrogations sur les droits et les devoirs des médecins, sur la façon dont il entend se conduire pendant sa carrière; qu'il prenne l'engagement d'honneur avant de recevoir son diplôme d'obéir aux obligations morales que la déontologie professionnelle lui impose.

De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus, par M. CHAMBRELENT professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux; in-8° de 64 pages. O. Doin, éditeur, Paris, 1901.

Ce travail, couronné par l'Académie de médecine, met hors de conteste que les affections de la mère peuvent influencer l'état de santé du fœtus par suite du retentissement sur son organisme des différents phénomènes qui les accompagnent. C'est ainsi que

l'asphyxie est susceptible d'amener la mort du fœtus et que l'infection laisse ce dernier indemne si elle est localisée à l'appareil pulmonaire tandis qu'elle le tue par généralisation à l'organisme maternel, le placenta ne présentant pas dans ce cas une barrière suffisante à la pénétration des toxines.

L'étude très documentée de M. Chambrelent éclaire la pathologie fœtale d'une vive lumière.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies du cœur et des vaisseaux

Action des iodures sur le cœur et la circulation. — Dans une longue étude (*British. Med.*, 23 nov. 1901) R. Stockman et P.-J. Charteris (de Glasgow) étudient avec soin l'action des iodures sur la circulation du sang. Ce sujet a déjà fait couler beaucoup d'encre, on s'est surtout demandé si l'on doit prescrire les iodures dans les cas d'anévrismes, d'artério-sclérose, et de dégénérations cardio-vasculaires. Quand on prescrit des iodures dans des cas semblables, on n'observe pas tout de suite une action marquée sur la circulation comme cela a lieu par exemple pour l'aconit ou la digitale, l'effet ne se produit que peu à peu et lentement, et ce n'est qu'après une administration prolongée du remède que l'on peut percevoir les effets qu'il produit. Rosenbach (de Berlin) dans son *Traité des maladies du cœur*, exprime l'opinion que les iodures n'ont aucune valeur dans le traitement des anévrismes et qu'ils sont dangereux dans l'astério-sclérose. Cette opinion n'est pas la plus généralement admise l'expérience semble indiquer le contraire. Les auteurs ont étudié systématiquement la tension sanguine et le caractère du pouls chez un grand nombre de sujets qui, pour une raison ou une autre, suivaient un traitement ioduré. Leurs expériences furent faites à l'aide du sphygmomanomètre de Basch et du tonomètre

de Gärtner. Les résultats montrèrent que les iodures de potassium ou de sodium donnés à l'homme à doses thérapeutiques, ne modifient pas du tout les conditions physiques de la circulation; ils n'affaiblissent pas directement le cœur, ils n'ont aucune action de dilatation sur les artérioles. Les effets thérapeutiques sont probablement dus à d'autres modes d'action, comme le prouvent certains phénomènes rares. Ainsi on a observé parfois que les iodures pouvaient accélérer et affaiblir le pouls : ceci se produit assez fréquemment chez les sujets atteints de goitre. L'administration de ces médicaments peut aussi conduire à l'émaciation. Mais ceci prouve bien qu'il ne s'agit pas d'un effet direct, mais que ces troubles sont dus à une augmentation dans la formation de la sécrétion thyroïdienne ou à une activation de celle-ci : activations qui ont une action très réelle sur la circulation et le métabolisme.

En ce qui regarde l'action des iodures sur les animaux, les expériences des auteurs leur ont montré que, lorsqu'ils sont donnés par voie buccale, ces médicaments n'ont aucune action sur les conditions dynamiques de la circulation. Introduit par voie intra-veineuse, l'iodure de potassium possède une action déprimante sur le cœur; l'iodure de sodium n'a aucune action appréciable.

Les auteurs concluent que l'iodure de sodium et l'iodure de potassium n'ont aucune action sur le cœur ou sur la pression artérielle lorsqu'ils sont donnés à doses ordinaires, par voie buccale.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement de la diarrhée et de la dysenterie. — SCHNIRER, de Vienne, étudie dans des fonctions nouvelles un ancien médicament, le thiocol : on sait que le thiocol est un sel potassique de l'acide ortho-gaïacol sulfurique (*Klin therap. Wochens.*, 11 août 1901); c'est par hasard que cet auteur vint à constater les propriétés antidiarrhéiques du remède. Il soignait un enfant de trois ans atteint de bronchite et employait le thiocol à la

dose de 0 gr. 25 par jour. Ce remède semblait efficace et la bronchite s'améliorait, lorsque la mère de l'enfant fit remarquer que, depuis quelque temps, l'enfant n'avait plus la diarrhée dont il était atteint depuis deux années. L'auteur put se rendre compte que l'amélioration survenue de ce côté était le fait du thiocol et commença à employer ce médicament en tant qu'antidiarrhéique. Il put réunir en l'espace d'un an 38 observations d'entérites aiguës ou chroniques et qui purent être favorablement influencées par le thiocol.

Le thiocol n'occasionne jamais le moindre désagrément, jamais de vomissements, de pesanteurs d'estomac, etc., de plus il n'occasionne jamais de constipations consécutives à la diarrhée et ce point est un grand avantage. Chez les nourrissons, Schnirer formulait ainsi :

Thiocol..........................	0gr, 50
Eau distillée.....................	50gr
Sirop d'écorces d'oranges.........	10gr

Il faisait prendre toutes les deux heures une cuillerée à thé de la potion.

Le thiocol a donné toute satisfaction à l'auteur qui pense que ce remède agit beaucoup plus comme antiseptique que comme astringent (il contient en effet 52 p. 100 de gaïacol). On sait que l'on a déjà recommandé l'emploi de la créosote dans les diarrhées ; la créosote présente l'inconvénient d'être irritante, son odeur et son goût sont désagréables ; il n'en est pas de même pour le thiocol dont le nouvel avatar semble être une bonne acquisition pour la thérapeutique.

Parmi les autres antidiarrhéiques nouvellement utilisés en thérapeutique on peut également citer la fortoïne (formoldéhyde de cotoïne). La fortoïne a été bien étudiée par ROTSCHILD de Soden, qui l'a utilisée avec succès (*Therap. der Gegenwart.*, 1901, nº 8). Ce médicament se présente sous forme de cristaux jaunes insolubles dans l'eau, peu solubles dans le chloroforme et l'éther, mais très solubles dans les alcalins. Quand on l'injecte à des animaux il produit de l'hyperhémie et provoque une élévation de

température. L'auteur a employé la fortoïne dans la diarrhée des tuberculeux. A la dose de 0 gr. 35 à 0 gr. 50, trois fois par jour, le remède agit avec efficacité et amène une rapide amélioration de l'état intestinal.

En associant la fortoïne au tanin on peut obtenir des préparations utiles pour combattre des diarrhées de différentes origines; cependant la fortoïne est contre-indiquée dans les catarrhes aigus à cause de l'hyperhémie qu'elle provoque toujours.

Un moyen original de traiter la dysenterie nous vient du Japon.

Un médecin japonais, M. K. Shiga (*Sei-i-Kwai med. Journ.*, XX, p. 89, 30 juin 1901) décrit la méthode qu'il emploie pour obtenir du sérum antidysentérique. Il se sert d'un cheval ou d'un âne comme animal immunisant; il ajoute un antiseptique au sérum (acide phénique) et éprouve ce liquide sur des rats ou des cobayes. Il a traité 470 cas de dysenterie depuis 1897, dont 258 avec le sérum. Ce sérum était injecté dans le côté de la poitrine à des doses variant de 6 à 10 centimètres dans les cas légers et 15 à 20 centimètres dans les cas graves.

Ordinairement le lieu de la piqûre ne montre aucune manifestation particulière. Une éruption peut se produire (37 p. 100 des cas), quelquefois les malades accusent une légère douleur au niveau des jointures.

Si le traitement est institué dès les premières manifestations de la maladie, les selles redeviennent normales au bout de deux ou trois jours; la diarrhée n'était que diminuée si les selles étaient déjà muco-sanguinolentes, lors du traitement, mais en tout cas la maladie était très écourtée.

La mortalité n'était que de 8 à 12 p. 100 alors qu'elle est ordinairement de 35 p. 100.

Nouveau ferment pancréatique. — Il est difficile de trouver une préparation de pancréatine commode à employer; MM. Thomas et Weber ont fabriqué dans ce but un produit qu'ils nom-

ment *pankréon* et qu'étudie M. Gockel (*Verdauungs, Krank.*, I, 11, 1900). Le pankréon est obtenu en faisant agir l'acide tannique sur la pancréatine, il se présente sous l'aspect d'une poudre grise inodore, de goût légèrement âpre, dont 1 gramme, à le température de 40°, digère en 15 minutes 100 grammes d'albumine en solution légèrement alcaline à 83 p. 100.

Il possède une action fortement amylolytique et peut dédoubler les matières grasses. Le pankréon peut peptoniser 34 p. 100 d'albumine après avoir subi pendant une heure l'action du suc gastrique dont l'acidité totale est de 0,37 p. 100 et dont la teneur en HCl libre est de 0,3 p. 100. Cette action est assez remarquable, car les autres préparations connues de pancréatine n'ont guère d'action peptonisante appréciable lorsqu'elles ont subi l'action d'un suc gastrique pendant 1 h. 1/2. Les ferments qui dédoublent les matières amylacées et les matières grasses sont encore actifs au bout d'une heure, alors que la pancréatine et le pancréas frais ne le sont plus guère au bout de 5 à 10 minutes.

Gockel a employé le remède chez 34 malades atteints d'achylie gastrique, de gastrites atrophiantes, de carcinomes, etc..., et a été très satisfait des résultats obtenus.

Wegele (*M. Journal*, I, 14, 1900) confirme l'appréciation de son confrère, il donne le pankréon trois fois par jour à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50. Il pense qne le pankréon serait très utile à employer en médecine infantile.

Procédés thérapeutiques divers. — Pickardt (*Therap. der Gegenw.*, II, 5, 1900) rompt une lance en faveur de la papaïne. Il trouve que l'on abandonne trop ce remède. Nous possédons en France de bonnes préparations de papaïne, et nous ne sachons pas que son emploi soit tombé en désuétude. La papaïne rend souvent de grands services dans le traitement de certaines entérites chroniques.

Nous n'attirerons pas l'attention sur les médicaments proposés par les auteurs comme nouveaux purgatifs. Le nombre en est immense, la valeur ne semble pas en être bien grande. Les

travaux consacrés à l'atonie intestinale sont toujours nombreux.

WESTPHALEN (*Arch. f. Verdauugs. Krank.*, VI, 161, 1900) étudie le régime que l'on doit faire suivre aux malades atteints de constipation atonique chronique. Il pense que ces troubles proviennent d'une alimentation trop riche en viande.

ZIEMSSEN recommande contre la constipation chronique (*Berlin. Klin. Wochens.*, 37, 33, 1900) l'emploi de réguliers lavages stomacaux exécutés tous les matins à l'aide d'une eau alcaline. On obtient de moindres résultats avec l'eau ordinaire.

ROOS (*Munch. Med. Wochens.*, 47, 1900) s'attache à combattre la constipation en employant l'auxiliaire des bactéries, et introduit dans l'intestin des ferments de képhyr, des bacilles de lait acide, de la levure de bière. Il déclare employer de la levure de bière pulvérisée et séchée à la dose de 0 gr. 50 deux ou trois fois par jour. Il semble qu'en agissant ainsi il doive diminuer singulièrement l'action de ses ferments. La levure de bière fraîche réussit assez souvent dans des cas légers de constipation ; mais son action semble n'être le plus souvent qu'éphémère.

La cure du repos. — Le Dr ALBU de Berlin étudie (*Zeitsch. f. Kranken.*, octobre 1900) la valeur du repos au lit dans le traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin. Nombreuses sont les affections qui sont sous la dépendance d'un défaut de l'innervation des tissus, ou de la disposition du tonus normal (ptoses, atonie intestinale, etc.). L'auteur a obtenu dans ces cas, ainsi que dans le traitement des troubles neurasthéniques digestifs, de brillants succès par le repos au lit. Il fait coucher ses malades pendant plusieurs semaines, et les entoure d'une surveillance de tous les instants. Cette pratique a pour but de les séparer de leur milieu habituel, de pouvoir surveiller le régime alimentaire, de réduire au minimum la dépense cérébrale aussi bien que le travail musculaire. Comme minimum de repos, l'auteur indique trois semaines. Mais on peut, suivant lui, augmenter par séries de plusieurs semaines. On ajoute à ce traitement le massage, l'hydrothérapie, etc...

Le procédé de M. Albu est d'ailleurs employé en Allemagne et en Suisse dans un certain nombre d'endroits. Les sanatoria pour maladies des organes de la digestion ont, nous en sommes persuadés, une grande utilité. Dans ces affections plus que dans toute autre, le malade ne doit pas être livré à lui-même. Le régime alimentaire, les moyens physiques qui constituent la partie la plus importante du traitement sont de cette façon employés beaucoup plus judicieusement et surtout plus méthodiquement. Un grand nombre de nos compatriotes vont chaque année chercher en Allemagne et en Suisse la guérison de leurs maladies dans de semblables établissements que nos mœurs médicales semblent ne pas vouloir admettre dans notre pays, et à tort.

Maladies vénériennes.

L'acide salicylique dans le traitement du chancre mou. — Em. Szanto de Budapest (*Wiener. Medic. Presse*, n° 37) emploie avec succès l'acide salicylique dans le traitement du chancre mou. Il l'emploie sous forme d'onguent ou de pâte contenant une partie d'acide salicylique pour vingt-cinq parties d'onguent. L'auteur rapporte cinq observations qui lui ont permis de voir que ce traitement donnait d'excellents résultats. Il commence par laver la plaie avec une solution de sublimé, puis il imprègne de la gaze avec l'onguent salicylé; il recouvre le tout d'un pansement que l'on renouvelle tous les deux jours, ou plus souvent d'après l'état de sécrétion. La sécrétion disparaît très vite, la guérison est très rapide. Ce traitement semble valoir celui de l'iodoforme qui est si désagréable par l'odeur qu'il communique.

On peut prescrire l'onguent de la façon suivante :

Acide salicylique........................	1 gr.
Vaseline................................	30 »
Teinture de benjoin.....................	2 »

M. S. A. pour un onguent.

Quelques questions fondamentales concernant le traitement de la syphilis. — Le traitement, commencé dès l'apparition du

chancre, est pour M. Heuss (*Corr. Bl. f. Schw. Aertze*, 1901, n. 6, et *Rev. de th.*, M. C.), quoique justifié théoriquement, irrationnel, inutile, nuisible même.

Jamais on n'est parvenu, par ce traitement, à empêcher l'apparition des accidents secondaires ou tertiaires. Dans un cas observé par Heuss lui-même, un traitement aussi radical que possible, c'est-à-dire l'excision d'une petite plaie du frein, chez un sujet ayant eu, *dix heures avant*, des rapports avec une femme présentant des plaques muqueuses, n'empêche pas l'apparition, dix semaines après l'intervention, d'une roséole caractéristique et des accidents classiques ultérieurs.

L'auteur n'est pas partisan du traitement continu avec courtes périodes de repos : cette pratique n'est pas indifférente pour l'organisme, et ne met à l'abri ni de récidives, ni d'accidents tertiaires. En tout cas, la première règle doit rester celle-ci : il faut soigner le syphilitique et non la syphilis, se garder de toute médication systématique et uniforme pour tous les cas, et ne pas se croire obligé de traiter généralemeut tous les accidents qui peuvent apparaître au cours de la maladie.

Traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée par les injections d'eau oxygénée. — Des essais de traitement de la blennorrhagie des plus encourageants ont été faits par M. Schall (*Echo médical de Lyon*, 15 janvier 1901) : la guérison s'est produite en moins d'une semaine, aussi bien dans le cas de blennorrhagie que dans la blennorrhée chronique. Le nombre le plus élevé d'injections qu'il ait fallu donner a été de 14 ; l'eau oxygénée était employée au 1/12 pour la première injection, au 1/11 pour la seconde, et ainsi de suite jusqu'à la limite de la tolérance de l'urèthre. Cette tolérance va d'ordinaire jusqu'à 10 volumes environ, mais, en pratique, il n'est pas besoin d'atteindre cette limite ; l'effet bactéricide est suffisant entre 6 et 9 volumes, et cette dose provoque une douleur très supportable.

M. Schall conclut à l'efficacité de ce procédé qu'il recommande à ses confrères.

FORMULAIRE

Désinfection. — Formule d'une solution antiseptique pour la grande désinfection (meubles, vases, planchers) :

Chlorure de zinc	1000	gr.
Acide chlorhydrique	30	»
Eau de pluie	2000	»

Mêler à chaud. Un litre pour un seau d'eau de 10 litres.

Formules à éviter. — Ne prescrivez pas :

Teinture de noix vomique	10	gr.
— de mars tartarisée	10	»

Prendre XX gouttes au commencement des principaux repas.

La teinture de mars tartarisée est une solution aqueuse de tartrate ferrico-potassique, sel à peu près insoluble dans l'alcool; la teinture de noix vomique est au contraire préparée avec de l'alcool à 80°. Du mélange de ces deux substances résulte un magma que l'on a de la peine à retirer du flacon.

Ne prescrivez pas non plus :

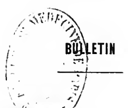
Iodure de potassium	25	gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	50	»
Eau distillée	450	»

Au bout de trois ou quatre jours la préparation fermente et devient hors d'usage.

Mettre l'iodure dans de l'eau ou du sirop (*Lyon médical*, 4 avril 1901).

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6°



BULLETIN

Les bacilles tuberculeux dans le fromage. — La photographie comme moyen de diagnostic de la fièvre typhoïde. — L'oxygène en comprimés. — Les caractères physiques et moraux du criminel. — La bosse des belles manières. — Un loup opéré de la cataracte. — Les aliénés convalescents. — La syphilis modificatrice de la couleur des cheveux.

Les bacilles tuberculeux conservent assez longtemps leur vitalité dans les fromages. L'expérience a démontré que dans ceux d'Emmenthal ils gardent leur virulence jusqu'à trente et quarante jours. Ils vivraient un peu plus longtemps dans les Chester puisque ce n'est qu'au bout de dix semaines qu'ils se sont montrés sans action.



Les taches rosées de la fièvre typhoïde seraient précédées d'une manifestation à la peau que notre œil ne peut pas percevoir mais que, d'après Henneage Gibbes, la photographie décélerait. Voici comment il faut procéder. La région abdominale étant mise à nu on facilite la mise au point en collant sur la peau un morceau de papier imprimé, un aide dirige sur le ventre la lumière d'un miroir. Il faut se servir des plus rapides des plaques orthochromatiques. Sur une série de six clichés, deux au moins montreront l'éruption.

Pour le développement des plaques, les meilleurs résultats s'obtiennent avec une solution faible d'hydroquinone ou de paramidol.

Dans les cas douteux, quand la réaction de Widal fait défaut, ce procédé photographique permettrait, d'après l'auteur, d'établir un diagnostic positif.



M. G.-F. Jaubert a fait des comprimés à base de peroxyde double de sodium et de potassium qui, projetés dans l'eau, dégagent énormément d'oxygène. Il leur a donné le nom d'*oxylithe;* 100 à 150 grammes de ce corps entretiennent la respiration d'un homme pendant une heure. On devine les applications nombreuses qui peuvent résulter de l'emploi de l'oxylithe.



Comme l'a dit Lombroso et comme le croit M. W. Norvood East, le criminel constituerait une race humaine spéciale il aurait des caractères physiques et moraux spéciaux. Chez lui la sensibilité à la douleur serait moindre d'après les réactions sensitives que provoquent l'extraction des dents, les petites opérations chirurgicales ou encore les accidents variés, les fractures. La sensibilité physique diminuerait d'une classe à l'autre du criminel accidentel au criminel occasionnel et enfin au criminel professionnel. Chose curieuse, l'influence de l'éducation sur la sensibilité physique ou morale est nulle : l'éducation, dit M. N. East, ne peut changer une condition qui semble exister dès sa naissance et être inhérente au sujet et indéracinable.



Une nouvelle localisation cérébrale ! On a pu lire dans la *République Nouvelle* un cas de chirurgie bien curieux. Un jeune homme, élève de l'école de guerre, ayant été accidentellement blessé à la tête d'un coup de revolver, fut trépané par M. Karl Diwald (de Vienne) qui, en extrayant le projectile, enleva un fragment de cervelle. Néanmoins le malade a recouvré la santé

et si bien qu'il a pu passer ses examens d'officier et entrer au service. Mais, phénomène singulier, le jeune militaire, autrefois réputé pour la distinction de ses manières, a contracté depuis de déplorables habitudes. Il est impossible aujourd'hui de le tolérer comme convive, et ses allures habituelles choquent les gens de bonne compagnie. Le Dr Diwald en conclut que la parcelle de l'écorce cérébrale qu'il a enlevée lors de l'opération était le siège de cette faculté : le savoir-vivre.



Un vieux loup calabrais, atteint de cécité, hargneux et méchant a été récemment opéré de double cataracte à Lyon par M. Rollet. Fixé solidement par le cou et la queue au moyen d'un lazzo, il fut immobilisé, puis attaché par les pattes de façon à ne pouvoir nuire. Une injection de morphine préalablement faite, le carnassier était encapuchonné du bonnet à chloroformisation et rapidement endormi. L'opérateur enleva alors successivement les deux cristallins devenus opaques et remplaça le pansement ordinaire, qui doit, pendant quelques jours, priver de la vue les opérés, par une ingénieuse suture assurant l'occlusion des paupières. Le loup encore tout endormi fut replacé dans sa cage.



Dans se session annuelle tenue les 11 et 12 juin 1902, le conseil supérieur de l'assistance publique s'est occupé, de la question des aliénés convalescents. Il a adopté une proposition de M. André Lefévre portant qu'en vue de faciliter le retour des aliénés guéris à la vie libre, les sorties d'essai doivent être multipliées et que des quartiers de convalescents doivent être établis dans les asiles. Les malades bénéficiant de sorties d'essai seront soumis à la surveillance des autorités municipales et à des visites de médecins inspecteurs désignés par l'administration. Avis des sorties sera donné au Parquet. La sortie d'essai sera prononcée par le préfet sur avis du médecin traitant et du médecin inspecteur.

La proposition porte, en outre, que l'on donnera à l'aliéné convalescent, pendant la période qui séparera la sortie provisoire de la sortie définitive, une condition juridique analogue à celle du mineur émancipé.

***

Non seulement la syphilis peut déterminer la chute des cheveux, ce que chacun sait, mais elle peut en modifier la couleur. Le Dr Weinberg rapporte, dans le *Munchenener Med. Woch*, trois cas où il a observé cette bizarre modification.

Le premier cas est celui d'une femme qui avait des cheveux noirs avant de prendre la syphilis. Les cheveux repoussèrent blonds foncés après l'alopécie secondaire. Par contre, le mari qui était d'un blond clair avant l'infection, devint châtain foncé.

Quant au troisième malade, qui avait les cheveux blonds avant son chancre, il resta blond, après comme avant, mais les cheveux repoussèrent d'un blond beaucoup plus clair.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 25 JUIN 1902

(*Suite et fin.*)

Discussion

I. — *A propos des injections mercurielles*,

par le Dr JULLIEN,
Chirurgien de Saint-Lazare.

En abordant de nouveau les questions qui touchent à l'injection des sels mercuriels dans le traitement de la syphilis, je ne puis moins faire que de considérer avec une particulière satisfaction le terrain gagné dans ces derniers temps par cette méthode.

En effet, depuis 1878, je l'ai recommandée et défendue par la plume et par la parole, dans mes ouvrages, dans mes notes et communications aux Sociétés savantes, aux Congrès, dans mes leçons cliniques, et surtout par ma pratique à l'hôpital Saint-Lazare. J'ai voulu montrer que ce qui était employé couramment par Lewin à Berlin, ce que j'avais vu si parfaitement réussir entre les mains de Amicis et Semmola à Naples, de Bertarelli à Milan, de Scarenzio à Pavie, n'était pas impraticable ailleurs et pouvait y produire d'aussi bons résultats. Quelle montagne d'objections! C'était la levée en masse des routines : procédés répréhensibles, barbares, dangereux, ou tout au moins incompatibles avec nos mœurs, opposait-on. Vainement les méfaits des *ingesta* étaient-ils démontrés, leurs effets caustiques sur la muqueuse stomacale, et leur fâcheuse action sur le foie; la pilule restait l'*ultima ratio*, et le protoiodure, l'universelle panacée, le

protoiodure père des stomatites, des entrailles douloureuses et des mégalogastries, grandes et petites tortures auxquelles ne devait échapper aucun vérolé, comme nul criminel n'échappait jadis au « brodequin » ; ainsi s'exprimait un de nos plus regrettés maîtres, infecté sur le tard, et qui nourrissait contre le traitement de Ricord une sombre rancune.

Depuis quelques années une heureuse évolution se dessine, la réaction s'est enfin manifestée, les piqûres ne sont plus frappées d'interdit, on les essaye, on les discute, on les apprécie. Mais tout en se félicitant des succès obtenus, la grande majorité des cliniciens, je dis des spécialistes, demeure encore rétive à leur emploi systématique. Mon but est aujourd'hui de montrer, une fois de plus, que par la promptitude de son action, la régularité de ses résultats, l'infinie variété de ses ressources, la nouvelle pratique mérite d'être préférée à toute autre, et que le terme de *méthode d'exception* dont on s'est servi si longtemps pour la disqualifier, convient bien au contraire aux moyens anciens, jadis classiques; ceux-ci d'ailleurs conservant encore beaucoup d'indications, car il y aura toujours un bon nombre de sujets qui, pour beaucoup de raisons, ne pourront être admis au bénéfice de l'injection.

I

Deux mots d'abord sur le mode d'action du médicament.

Pour M. Pouchet, tout composé mercurique doit se transformer d'abord en chlorure, puis en chloro-albuminate. Cette dernière combinaison est réduite par l'hémoglobine du sang, et va fournir le mercure métallique à l'état d'extrême division, dont la vapeur se dissémine dans l'organisme et le sature en y exerçant son action dynamique spécifique.

Je n'ai pas compétence pour critiquer cette théorie, mais voici des observations avec lesquelles elle est en désaccord. C'est avec son microscope que Justus (de Budapest) poursuit les albuminates de mercure en faisant d'abord agir le chlorure de zinc, qui a la

propriété de rendre ces albuminates précipitables par l'hydrogène sulfuré, il les décèle au sein des tissus biopsiés, et dans la propre trame des syphilomes, sous forme de granulations noires dispersées dans l'endothélium des vaisseaux, dans les lymphatiques, dans les cellules plasmatiques. Il semble que le syphilome attire le mercure, qui va amener sa dégénérescence, et avec elle, la résolution de l'infiltrat spécifique pour préparer la réfection du tissu normal. Nous voilà loin de la poussière mercurique et de ses vapeurs. Mais allons plus loin.

Aucun mode d'introduction du mercure n'a été plus étudié que l'injection de calomel; les travaux de Michele, Piccardi, Cattaneo, semblent aujourd'hui nous avoir complétement édifiés sur tous les points. Le premier, en étudiant jour par jour, chez des lapins et des cobayes, la masse enkystée, la voyait diminuer de la périphérie au centre jusqu'à complète disparition, et ce phénomène était dû á la transformation du calomel en sublimé, comme le montrait bien la réaction caractéristique obtenue par le sulfure d'ammonium.

A son tour, Piccardi, travaillant dans le laboratoire de Bizzozzero, effectua des dépôts de calomel dans le péritoine, et dans les tissus tant cellulaire que musculaire, et nous fit pénétrer plus avant dans le mécanisme des métamorphoses, en montrant la part qu'y prennent les éléments essentiels des tissus. Dans la séreuse, le grain de protochlorure se comporte d'abord comme substance inerte, et détermine une immigration de leucocytes, qui l'entourent, l'englobent et le transportent jusqu'aux ganglions lymphatiques. Mais ce phénomène dure peu; en moins de 24 heures, et bien avant que la provision du sel soit épuisée, le sublimé naissant a commencé son œuvre d'intoxication; plus de grain dans les leucocytes du péritoine, plus de grain dans les leucocytes des ganglions; les phagocytes sont paralysés.

L'injection est-elle au contraire jetée dans le tissu sous-cutané ou dans un muscle, comme nous le faisons en clinique, les choses se passent tout autrement; l'activité circulatoire y étant beaucoup moindre que dans les séreuses, les leucocytes emploient

un beaucoup plus long temps pour arriver sur le calomel, et quand ils le rejoignent, le bichlorure a déjà fait son apparition grâce aux liquides physiologiques, si bien que les éléments, empoisonnés avant d'avoir pu exercer leur action phagocytaire, laissent la masse injectée en proie à sa transformation graduelle. Il est tout à fait exceptionnel de voir parvenir une parcelle de calomel dans les ganglions lymphatiques. Cependant je ne crois pas le fait impossible. Plus d'une fois j'ai cru remarquer une légère intumescence glandulaire au lendemain de l'injection, et c'est ce fait, cette *hydrargyradénie* que j'ai signalé au Congrès de Berlin en 1890, sur lequel je m'appuyais, pour conseiller de faire l'injection dans la propre région de la sclérose, afin de mettre immédiatement les éléments virulents en conflit avec l'antidote.

Nous sommes beaucoup moins renseignés sur le *processus* des autres injections, solides ou demi-solides, oxyde jaune, salicylate, thymolo-acétate d'hydrargyre, huile grise, voire liquides, mais on ne peut guère douter que les observations précédentes ne leur soient applicables et que la transformation en bichlorure n'en soit le principe et la base, les phénomènes ultimes restant encore en fin de compte fort mystérieux.

II

Au point de vue théorique, les *injections solubles* constituent un traitement idéal, puisqu'elles font pénétrer peu à peu, par une suite d'opérations d'un effet immédiat et sûr, les quantités du remède jugées nécessaires, suivant les besoins, de la défense organique et d'après sa résistance. A chaque jour suffit sa dose, et nul surmenage n'est à craindre pour les voies de l'absorption, ni de l'élimination. Cette condition, la première de toutes, est d'importance tellement primordiale que, dans le commencement, Lewin ne craignait pas de faire revenir ses malades jusqu'à deux fois par jour, afin de fragmenter au mieux les quelques milli-

grammes de sublimé qu'il leur administrait. Il est vrai que depuis, nous nous sommes quelque peu enhardis puisque bien souvent il nous arrive de faire double seringue et de ne donner en réalité que chaque deux jours, les injections dites quotidiennes.

Quoi qu'il en soit, c'est là un excellent mode de traitement très recommandable à l'hôpital, aussi bien qu'à la ville, pour les cures ordinaires des cas moyens. Je sais bien que beaucoup de malades se plient difficilement à la dépense de temps, et aussi, disons-le, d'argent, que nécessitent des entrevues aussi répétées. Il est tout au moins une catégorie de patients, ceux de la classe aisée et oisive, pour lesquels cette considération ne doit pas entrer en ligne de compte, et j'ajouterai qu'il en est de même pour les malades migrateurs, qui nous arrivent parfois, parfaitement disciplinés, par nos collègues de l'étranger. Au reste on nous permettra de faire abstraction de ces contingences, pour n'envisager ici que le point de vue des indications scientifiques, laissant aux intéressés le soin d'en préparer à leur gré la meilleure réalisation.

Evoluant en dehors de la zone gastro-intestinale, les injections quotidiennes conviennent aux dyspeptiques. Leur action lentement progressive, et la surveillance qu'elle nous permet d'exercer sur les reins, vulnérables ou suspects, sont une garantie pour la sauvegarde de ces émonctoires, même lorsqu'ils ont subi une atteinte antérieure. C'est le remède que je conseille de préférence aux albuminuriques. En affaiblissant, s'il le faut, l'injection, en diminuant au besoin sa fréquence, en multipliant les analyses des fluides éliminés, je me renseigne sur l'activité de la fonction, je tâte la tolérance des tubes urinifères, et je me sens à même d'aller jusqu'aux limites d'une absorption efficace, quoique parfaitement innocente, sans jamais les dépasser.

En revanche, je trouve le moyen contrindiqué dans les cas d'urgence extrême, alors qu'il faut frapper un grand coup, pour sauver à tout prix un organe essentiel, que le plus petit retard compromettrait irrémédiablement.

A quel sel donner la préférence? Leredde tient que l'efficacité de chacun ne dépend que de sa richesse en mercure, ce qui me paraît assez logique puisqu'il s'agit dans l'espèce de faire un traitement mercuriel. Il y aurait donc un sel désigné de par les atomes, mais cela n'a pas grande importance en pratique, car nous n'opérons pas sur des matras ou des cornues, et il peut se faire que le composé, chimiquement le meilleur, provoque une réaction violente de la part des tissus, et soit absolument insupportable, pour nos malades. Au reste la pauvreté importe peu, quand on peut la remplacer par la quantité, et l'équilibre s'établit vite et spontanément sur ce point. Ne savons-nous pas par exemple qu'il est dangereux de dépasser la dose d'un centigramme pour le sublimé, et que l'hermophényl n'est que médiocrement actif à celle de 2 centigrammes? Il s'agit donc là en somme d'un problème aisément résolu par la posologie, et je ne m'y arrêterai pas plus longtemps.

Une remarque qu'ont pu faire tous les médecins qui ont la pratique des injections, c'est l'instabilité de la plupart des solutions et leur rapide altération quand on y plonge l'aiguille, quelles que soient les précautions prises. Il en résulte qu'entre le contenu de la première et de la dernière seringue, provenant du même flacon, il y a souvent une grande différence. Aussi faut-il considérer comme un réel progrès l'usage des ampoules aujourd'hui si généralisé, et l'inaltérabilité qu'elles confèrent aux liquides conservés ainsi à l'abri de l'air et de la lumière.

Quel sel choisirons-nous?

Le *bichlorure*, le seul usité dans les premiers temps, en solution aqueuse, généralement additionnée de chlorure de sodium, exerce une action locale un peu irritante, une dose d'un centigramme, pour n'être pas douloureuse, exige une dilution étendue. Lewin introduisait, deux fois par jour, sous la peau 4 milligrammes dissous en 2 grammes d'eau. A cette condition l'injection est supportable, je l'ai pratiquée ainsi des centaines de fois, et vue remarquablement tolérée. Associé à la peptone ammonique, sous forme de *peptonate de mercure*, ce sel d'une préparation difficile

et de conservation incertaine, est à peine mieux accepté. Le *cyanure* au 100e, assez sûr comme effet, est très employé par nos confrères de l'ophtalmologie, mais occasionne des douleurs et des nodus.

Le *benzoate* est moins actif, il en faut porter la dose à 2 centigrammes, et ce n'est que par l'addition du benzoate de cocaïne qu'on peut prévenir les algies qu'il entraîne. On a dit grand bien du *cacodylate*, mais ce n'est pas un sel mercuriel pur, il s'agit en réalité d'un cacodylate codo-hydrargyrique.

Je me suis beaucoup servi, et j'ai toujours fait le plus grand éloge de la *succinimide de mercure*, dont la dose peut être facilement maniée de 3 milligrammes à 2 centigrammes; sans proclamer qu'il soit indolore, et sans partager à son égard l'enthousiasme exclusif du professeur Wolff (de Strasbourg), je considère ce composé organique comme excellent au double point de vue de son action tant locale que générale. Un des derniers venus, l'*hermophényl* (mercure phénol de sulfonate de sodium), se fait remarquer par le peu de réaction qu'excite sa présence au milieu des tissus, et aussi par une efficacité quelque peu atténuée. Le *biiodure*, en solution huileuse, a été surtout célébré par les thérapeutes non spécialistes qui le considéraient comme le spécifique par excellence, à la faible dose de 4 milligrammes par jour. Ce médicament n'était pourtant pas supérieur aux autres, et les malades le redoutaient avec raison, comme très douloureux. Nous savons aujourd'hui, depuis les beaux travaux de Lafay et de Lévy-Bing, dissoudre ce sel dans l'eau et le faire mieux tolérer à des doses beaucoup plus importantes, et il est bien près de l'emporter sur tous les autres.

Conclurai-je en désignant un produit comme le meilleur, et digne d'être choisi par tous, dans tous les cas? Je n'oserais le faire; chacun répond à quelques indications, l'un de modération, l'autre d'intensité dans la fonction hydrargyrique, nous devons savoir nous servir de tous, mais je reconnais volontiers que nous ne possédons pas l'idéal. Peut-être sera-ce le *lactate* annoncé, depuis quelque temps par Gaucher.

Les injections aqueuses ont l'avantage, quand l'état du malade l'exige, de pouvoir être mélangées à une quantité variable de *sérum* artificiel, et de répondre ainsi à une double indication. Je l'ai fait nombre de fois avec la succinimide. Je me servais d'une seringue de 5 grammes et après avoir puisé 1 centimètre cube de la préparation mercurielle, j'achevais de remplir l'instrument avec le sérum; le résultat fut toujours excellent à tous points de vue.

Cela m'amène à parler des *injections massives de sublimé dans le sérum*, préconisées par Chéron. L'idée de faire pénétrer une forte dose d'un poison aussi actif que le sublimé, à la faveur d'un véhicule aussi facilement absorbé que le sérum, m'a toujours semblé fort imprudente. Mais à côté de moi, à Saint-Lazare, mon regretté collègue en obtenait de bons effets, et je n'ai pas cru devoir me refuser à un essai. Je ne l'ai tenté qu'une fois, chez un malade qui avait parfaitement supporté des injections d'huile grise. Encore n'employé-je que la moitié de la dose indiquée (2 centigrammes et demi au lieu de 5). Le résultat fut une intoxication suraiguë, avec diarrhée profuse, presque immédiate, et une série de phénomènes si graves que, pendant la nuit passée auprès de mon malade, je craignais à chaque instant de le voir succomber. Heureusement il n'en fut rien, mais je me promis de ne pas renouveler l'expérience.

III

J'ai hâte d'arriver aux *injections insolubles.*

Scarenzio (de Pavie) qui, d'un trait de génie, créa cette admirable méthode, semble n'avoir rien laissé à faire aux autres syphiligraphes en tout ce qui la concerne. Il observait et notait avec soin les particularités cliniques, modifiait tour à tour la place de la piqûre, la nature de l'excipient, la quantité du sel injecté, appliquait de concert avec son ami Smirnoff, et avec l'assistance du fidèle Soffiantini, toutes les modifications que l'antisepsie comportait et imposait, car du moment que la suppuration n'était plus à craindre, et que l'on ne pouvait plus compter sur la bru-

tale élimination, au sein d'un bourbillon, de la plus grande partie du calomel, il était indiqué d'en réduire considérablement les doses. Ainsi la méthode s'adaptait à tous les progrès, allait en se perfectionnant, et devenait, non pas plus héroïque, car elle le fut à la première minute, et dès 1864 provoquait l'étonnement et l'admiration de quiconque la jugeait par ses résultats, mais plus régulière, moins accidentée, plus douce au malade, et plus facile dans son application. La conduire au point où nous la voyons aujourd'hui, fut le labeur d'un homme, et le résultat de 40 années d'efforts et d'études pour l'incomparable professeur.

Il a tout vu, tout essayé, depuis les injections minimes à 1, 2, 3 centigrammes qu'on a cru inventer naguère à Paris, jusqu'aux masses extrêmes de 20 centigrammes et même plus. Et pendant qu'il multipliait les recherches cliniques à l'infini, il suscitait toute une phalange de jeunes travailleurs qui scrutaient dans le laboratoire les phénomènes chimiques et le mécanisme d'action du produit injecté. Ainsi se développe, comme une suite naturelle aux vraies découvertes, l'agitation féconde qui en assure et en multiplie les résultats. Ainsi le professeur de Pavie, dont rien n'égale la modestie, mérite-t-il d'être considéré comme une des plus pures et des plus grandes gloires de la syphiligraphie moderne.

Un des premiers étonnements du maître avait été de constater avec quelle *rapidité* l'organisme, grâce à ce procédé, se trouvait imprégné d'hydrargyre. Le fait devait être universellement vérifié. Par des analyses multipliées, Nicolich (de Trieste) établissait que l'on pouvait découvrir le mercure dans l'urine 2 ou 3 heures et dans la salive 4 à 5 heures après l'injection. J'ai fait la même constatation pour le lait. Scarenzio a même pu obtenir la réaction moins d'une heure après la petite opération, soit dans l'urine, soit dans la salive. Voilà donc un laboratoire de produit mercuriel soluble qui fonctionne pour ainsi dire, dès le premier moment et jusqu'à épuisement de la provision.

Pendant combien de temps? Certainement des semaines, peut-être des mois. A l'appui de cette dernière assertion je rappellerai

que dans le foyer d'une injection calomélique que j'avais pratiquée dix-huit mois avant chez un lapin, M. Ferdinand Vigier réussit à déceler de très évidentes traces de mercure. De même Frolow a rencontré, au bout de trois ans et demi, des nodules suintants à réaction mercurielle, sans que d'ailleurs les urines présentassent ce caractère; mais d'autre part, à l'autopsie d'une femme traitée plusieurs mois avant par les injections de calomel, je rencontrai une petite collection crémeuse comparable aux épanchements huileux, et qui, soumise à l'analyse de M. Girard, dont on connait la compétence, ne contenait pas trace de mercure.

On sait que nous pratiquons les injections dans les muscles, et que c'est là qu'elles sont particulièrement indolores. Notre milieu de prédilection est la masse fessière, mais j'ai bien souvent utilisé d'autres emplacements, soit par nécessité, soit par expérience, particulièrement les fosses sus et sous-capulaires et la région externe de la cuisse. Dans ce dernier cas, je désirais savoir si la radiographie ne permettrait d'étudier le foyer calomélique, et sous ce rapport les résultats ont été fort concluants. J'ai pu reconnaître d'abord, ainsi que je l'ai établi au Congrès de Moscou, que le calomel était nettement révélé par une tache sombre sur les épreuves obtenues par les rayons X. La radiographie d'un cobaye, au quatrième jour de l'injection, m'a donné une très apparente et très remarquable marque de calomel étalé entre les muscles des parois abdominales. De la même façon j'ai pu retrouver la masse que j'avais injectée dans un fibro-lipôme destiné à l'extirpation. En ce qui concerne mes syphilitiques, que j'aie piqué les épaisses masses du haut de la cuisse, ou les faisceaux musculaires de la partie inférieure, si grêles que, parfois mon aiguille s'arrêtait sur l'os, l'abcès a toujours été évité et les nodus ont été minimes, mais les douleurs assez vives. Quoi qu'il en soit, le foyer se constitue sous une forme allongée, dans le sens des fibres musculaires. Les radiographies exécutées sur des injections fémorales se traduisent par une ligne longitudinale parallèle au fémur, suivant les fibres des muscles longs de cette partie du corps. Au contraire, quand il nous a été donné d'ex-

plorer une gomme calomélique de la fesse, c'est presque toujours un nodule aplati, ou tout au moins vaguement sphérique que nous avons rencontré.

Souvent le produit se loge entre les fessiers et s'étale sur les aponévroses qui les séparent, mais toujours on voit se dessiner des prolongements, s'insinuer des digitations qui donnent à la loge mercurique une apparence multilobulée ou polypoïde. Il est incontestable qu'une membrane s'organise à l'intérieur, sorte de revêtement pyogénique, qui va devenir le théâtre de la lutte pour la phagocytose en vertu de laquelle la suppuration originelle sera enrayée et finalement vaincue. Je pense que l'apport des leucocytes après l'introduction de la matière pulvérulente rend ce phénomène à peu près inévitable, mais la résorption l'emporte sur la production, et, finalement, la réaction du milieu venant à s'apaiser, la cicatrice cellulo-musculaire s'élabore, sans qu'il y ait eu abcès au sens clinique du mot. Il n'en est pas moins vrai qu'à un moment donné, il y a toujours eu suppuration, virtuelle si l'on veut, mais histologiquement indiscutable, je n'en veux pour preuve que les gonflements, les menaces d'abcès, les apparences de phlegmons, qui si souvent troublent le décours de nos injections les mieux faites. On sent qu'il faudrait bien peu de chose pour amener la continuation du processus, et l'ulcération cutanée, qui est proprement la seule ligne de démarcation entre l'injection suivie d'abcès et celle qui ne suppure pas. Si cette limite n'est pas franchie c'est vraisemblablement en raison des précautions d'asepsie que nous prenons constamment. Encore ne saurions-nous rien affirmer de précis à cet égard, car Mazza injecta à des chiens des staphylocoques en activité, du calomel et de la glycérine, et dans tous les cas détermina la formation de pus sans pouvoir cependant démontrer la présence de micro-organismes, soit par l'examen microscopique, soit par la culture.

Je ne m'attarderai pas à combattre les arguments présentés *à priori* contre la pratique des injections de calomel, je dis *à priori*, car l'expérience en fait vite justice. Les abcès qui étaient la principale objection, ne se voient plus. Inévitables autrefois,

leur pourcentage s'est progressivement abaissé jusqu'à 0, et l'on peut dire que, en dépit du processus intime que nous venons d'étudier, en clinique nous y échappons toujours, réserve faite pour des cas exceptionnels dont il ne me coûte aucunement de rapporter deux exemples, empruntés à une pratique déjà un peu ancienne.

Le premier est celui d'une fille de 20 ans, qui, le jour même de l'injection, avait frotté à la cire le parquet de plusieurs salles de mon service, et qui, depuis, avait continué des fonctions très actives et très fatigantes; au neuvième jour j'ouvris le foyer qui donna issue à un liquide couleur chocolat; ce liquide était aussi dépourvu de microbes que de mercure. Chez la deuxième malade, un abcès se forma à la suite d'une chute sur les fesses, dans un escalier, à son ouverture il n'y avait pas de microbes, mais il restait beaucoup de calomel que je vis s'échapper sous forme pulvérulente en même temps que le pus : le processus pyogène avait mis obstacle à la transformation chimique. Comme on le voit, il s'agit là de faits absolument rares. Au reste, nous devons connaître les circonstances qui peuvent agir sur l'évolution du foyer calomélique, et savoir en tenir compte. Je rappellerai que parfois une injection, que l'on avait tout lieu de croire définitivement périmée, peut subir comme une sorte de réveil sous des influences diverses : j'ai pu constater celle des *eaux minérales.* Un malade que j'avais envoyé à la Bourboule, après 5 injections d'huile grise, sentit les nodus, qu'il portait encore, devenir sensibles, douloureux même, en même temps qu'ils subissaient une sorte d'intumescence. Pareil fait a été mis sur le compte de l'*iodure de potassium* donné conjointement avec les injections, et susceptibles, pense-t-on, de produire avec le calomel un bi-iodure de mercure fort irritant. J'ai déjà parlé du *traumatisme,* on a vu qu'une violente contusion ayant pour siège la poche calomélique, peut l'enflammer, la faire suppurer et la rompre.

Une *infection pyogénique* générale ne saurait passer inaperçue elle s'est présentée à moi dans un cas : trois semaines après l'injection aseptique à la hanche de 10 centigrammes de calomel,

une de mes malades souffrit accidentellement d'une lymphangite du membre supérieur avec une fièvre de 40°. Le dépôt calomélique ne resta pas à l'abri d'une jetée microbienne, et suppura à son tour d'une façon aiguë, réclamant une incision. J'insiste sur la nécessité d'une influence septique générale, car les suppurations localisées ne constituent ni un danger, ni une menace. J'ai traité par les injections de calomel une femme adonnée à la morphine et dont la fesse était couturée d'abcès; j'ai dû moi-même inciser plusieurs de ces foyers; cependant mes injections se comportèrent avec une parfaite régularité, et je pouvais voir évoluer presque côte à côte la résorption normale du produit mercuriel, et l'inflammation suppurative provoquée par la solution morphinique. Je saisis cette occasion pour faire remarquer l'innocuité du remède et la très bénigne influence des inoculations mercuriques intenses chez cette sorte d'intoxiqués; je ne les avais commencées qu'avec certaine appréhension, mais ma timidité fut bien vite dissipée quand j'eus reconnu la parfaite tolérance de l'organisme pour les doses du traitement calomélique ordinaire.

J'ai déjà dit et écrit tout cela. Si je le répète aujourd'hui, c'est pour bien faire voir que nous n'avons rien à cacher des aléas, ni même des mésaventures auxquelles, comme toute autre, cette médication est exposée. Il reste bien entendu d'ailleurs que les 3 ou 4 faits que je viens d'énoncer, sont en réalité de pures curiosités pathologiques.

La *dose* de sel à introduire ne peut être fixe. Le désir de la simplification à outrance a poussé quelques-uns de nos confrères à établir comme règle générale l'injection de 5 centigrammes. Je ne partage pas leur manière de voir, et je crois m'inspirer de données plus scientifiques en faisant dépendre les doses de l'examen des conditions individuelles. Le poids du corps guide sûrement. L'expérience m'a appris qu'il suffit de 5 centigrammes pour agir efficacement sur les sujets dont le poids n'excède pas 50 kilogrammes, et, d'autre part, j'ai toujours vu les hommes de 80 kilogrammes supporter sans inconvénient une dose double.

Entre ces deux points extrêmes on graduera : pour 60 kilogrammes 6 centigrammes, pour 70 kilogrammes, 7 centigrammes, et de 70 à 80 kilogrammes on donnera de 7 à 10 centigrammes en se basant sur les conditions de résistance de chacun. Telle est la formule que j'ai établie en 1894.

Quant à la *répétition des injections*, je me refuse à rien formuler d'absolu. Chaque injection est une opération dont les indications et contre-indications doivent être pesées et discutées. Pour moi après les 3 ou 4 premières se succédant de 8 en 8 jours, je conseille les intervalles progressifs, 8, 10, 12, 15 jours, 1 mois parfois, quand je veux établir et prolonger une cure de raison, non plus d'urgence.

Abordons maintenant le côté clinique. Et tout d'abord je tiens à affirmer que l'injection de calomel convenant à toutes périodes et à tous accidents, il est des malades que j'ai traités par ce seul moyen pendant tout le cours de leur diathèse. Il est du reste beaucoup de sujets qui le supportent admirablement, et qui ne voudraient pas entendre parler d'une autre façon de suivre une cure mercurielle.

Cependant telle n'est pas ma pratique habituelle ; j'aime assez à réserver l'injection de Scarenzio pour les cas qui exigent rapidité et intensité d'action : les lésions sèches des téguments, telles que psoriasis palmaires, éruptions lichénoïdes et tuberculoïdes de la face par micropapules ou par infiltrats, les glossites, les laryngites, puis les accidents franchement tertiaires ecthymas, rupias, gommes, ulcères des téguments cutanés ou muqueux. Les cas où la méthode triomphe avec éclat, sont ceux qui ont épuisé la thérapeutique ordinaire des pilules et même des frictions, une seule piqûre met parfois en déroute des processus invétérés et rebelles depuis des mois, des années.

Et que dire des syphiloses viscérales ? Quel est le spécialiste qui ne considère pas maintenant les plus graves déterminations sur les centres nerveux comme une pressante indication du calomel ? Et si le tabes n'est plus regardé par les neurologistes comme incurable, n'est-ce pas depuis que nous leur avons appris

à se servir du calomel? Chaque année, chaque jour apporte sur ce point du nouveaux faits et je m'aperçois en écrivant ces lignes que les idées que je formulais et qui résonnaient comme un paradoxe en 1896 à la *Société de dermatologie* y sont aujourd'hui monnaie courante.

Je répéterai ce que je disais alors. Et les chronicités troublantes et affaiblissantes : amnésies, céphalées, vertiges, excitation ou dépression, ictus atténués, aphasies bâtardes, bredouillements, et ces fourmillements des membres, tous symptômes précurseurs des catastrophes définitives, avec quelle sûreté et quelle puissance ne savons-nous pas nous en rendre maîtres. Je pourrais citer un médecin qui, périodiquement, vient me demander une injection pour le remettre d'aplomb, un artiste depuis quelques années incapable de coordonner ses idées et de commander à sa pensée, et qu'une seule injection, la première que j'aie faite à Paris, en 1880, a mis à même de se ressaisir et de travailler.

En 1892, j'exposai au Congrès de chirurgie les avantages de la pratique nouvelle dans le traitement d'épreuve des lésions équivoques. (*Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires.*) « Si le chirurgien, écrivais-je, n'a pas recours à cette admirable méthode ce n'est pas, ce ne peut pas être qu'il la condamne, c'est qu'il l'ignore... On peut la discuter comme thérapeutique de choix dans l'attaque méthodique de la syphilis traitée à loisir, au fur et à mesure de son évolution ; mais tous ces inconvénients éventuels disparaissent en face du danger d'une intervention retardée, quand s'agite le doute d'une dégénérescence maligne. » J'ai la satisfaction de constater que l'épreuve conseillée par moi, il y a dix ans est aujourd'hui de pratique courante dans les services de chirurgie. On y a maintenant la conviction que le diagnostic thérapeutique de la syphilis peut être clairement décidé en quelques jours et que l'injection, en cas d'insuccès n'apporte aucun obstacle à l'opération nécessaire, n'en complique en rien les suites.

J'arrive à l'indication la plus pressante à mon avis, celle qui me tient le plus au cœur; elle concerne le *début de la syphilis*. Il

y a assez longtemps que je proclame que la syphilis peut être étouffée dans l'œuf par le calomel. J'ai publié des observations, j'ai réuni des statistiques auxquelles on répond par un sourire d'incrédulité. Hé bien, j'affirmerai une fois de plus ici ce que j'ai annoncé aux Congrès de Berlin et de Rome. Le traitement intense et précoce du chancre par la méthode de Scarenzio peut devenir dans un très grand nombre de cas un traitement suppresseur de la syphilis; il s'agit là d'un véritable *calomel abortif*, comme nous disons à Saint-Lazare. Dans les cas les moins heureux, le cycle naguère immuable est brisé, les périodes retardées les manifestations étiolées, il est évident qu'un coup décisif a été porté au virus. Quiconque a passé par mon service est bientôt convaincu de cette vérité, et je répéterai encore : n'est-ce pas une aberration, que de différer l'emploi du plus puissant spécifique, alors que le mal est là, constaté, menaçant, inéluctable? Répudier la thérapeutique intense pendant l'évolution du syphilome, temporiser alors que le virus pullule déjà, c'est se résigner à une abdication dont les conséquences peuvent peser gravement sur toute la suite d'une infection, que nous savons ne pas avoir de fin.

IV

La découverte de Scarenzio n'est pas seulement importante par ses propres résultats mais par toutes les innovations accessoires dont elle fut l'origine. Le principe des injections insolubles était trouvé, les conséquences en furent fécondes. Parmi les autres produits recommandés, je me bornerai à mentionner l'oxyde jaune de mercure, le thymolo-acétate, le salicylate et l'huile grise. Je n'ai jamais employé l'oxyde jaune, j'ai à peu près renoncé au thymolo-acétate, dont j'ai cru remarquer l'action localement irritante parfois difficilement supportable, mais je fais un grand emploi des deux derniers, le salicylate, et l'huile grise à laquelle doivent rester attachés les noms du professeur Lang qui l'a inventée et de Paul Raugé qui, le premier, nous la fit connaître en France.

Le *salicylate de mercure*, très usité à l'étranger est remarquable par la façon dont les tissus musculaire et cellulaire le supportent; aucune réaction n'est à craindre et les nodus sont exceptionnels; pas de stomatite, son action est très sûre, mais un peu lente, j'en fais habituellement 2 piqûres par semaine, chacune de 6 centigrammes; c'est un médicament que je dirais volontiers « de tout repos », car il entretient une mercurisation modérée, et il peut être employé longtemps sans qu'un effet d'intolérance quelconque se déclare. Après une rude campagne de traitements intense pour venir à bout d'accidents graves,le salicylate m'apparaît comme un agent providentiel pour en prolonger les effets et assurer la continuation de la bonne influence thérapeutique.

L'*huile grise* est plus active, et quoique facilement tolérée, l'est en général un peu moins bien que le salicylate; assez souvent mes malades se plaignent d'une sensation de contusion qui, chez quelques malchanceux, peut aller jusqu'à la douleur, son action met un certain temps à se manifester, j'avertis toujours mes malades que l'effet thérapeutique ne devient sensible qu'après la seconde piqûre, la première ne compte pas, c'est « une mesure pour rien ». Mais ces réserves faites, quelle arme précieuse nous avons en main. La cure entière des premières années de l'infection peut tenir en un petit flacon; « c'est le roi des traitements », me répétait ces jours derniers un de mes internes, aujourd'hui spécialiste distingué. En effet il répond à tout, et son efficacité ne fait jamais défaut. Une période d'huile grise, 6 piqûres au plus, 4 au moins, à 8 jours d'intervalle chaque piqûre faisant pénétrer un 1/10 de cc., ou plus simplement le volume mesuré par 2 des 20 divisions que porte le piston de la seringue Pravaz, est suffisante pour faire disparaître tous les accidents d'intensité moyenne; et renouvelée 2, 3 ou 4 fois par an suivant besoin, elle peut accompagner la vérole pendant les premières années toujours si difficiles. Plus tard la piqûre mensuelle assure des suites heureuses grâce à une mercurisation suffisante et constamment renouvelée.

Qu'on ne croie pas que l'habitude qu'il peut acquérir de tel de

ces excellents moyens, gêne le médecin pour juger équitablement les autres et pour s'en servir. Je pense bien au contraire qu'il est avantageux d'en avoir plusieurs à son aide, et d'en disposer au mieux des indications qui se présentent, comme un peintre dispose des couleurs de sa palette. L'huile grise, le salicylate et le calomel font partie de notre droguerie journalière, ces produits ne font pas double emploi, ils se complètent, si j'ose ainsi parler. Le calomel, remarquable par la soudaineté et la puissance de son action, l'huile grise et le salicylate plus tardifs et plus modérés. Le calomel convient au traitement de début des lésions urgentes, mais quand les premiers coups ont été frappés, que tout danger immédiat est conjuré, et qu'il ne s'agit plus que de continuer une lutte vivement commencée, le malade appréciera la substitution de l'huile grise ou du salicylate au calomel, voire des injections solubles, et la guérison n'en viendra pas moins. On va crier à la confusion, et redouter des embarras pour le choix du traitement, je ne suis pas de cet avis, je crains le praticien borné : *timeo medicum unius remedii*, dirais-je, volontiers, et je vais jusqu'à penser que le propre du spécialiste digne de ce nom, est précisément de se mouvoir à l'aise dans l'arsenal si riche de notre thérapeutique moderne.

II. — *La question des injections mercurielles*,

par M. Lafay.

I

La question des injections mercurielles, telle que l'avait d'abord posée M. le Dr Leredde, me semblait devoir être très profitable à tous, et principalement au médecin non spécialiste qui aurait pu trouver là des indications pratiques, en quelque sorte codifiées, tant au point de vue de la composition et de la préparation pharmaceutiques qu'à celui des indications thérapeutiques, doses, mode d'emploi, etc...

Au lieu de cela, on a abordé tous les à-côté du sujet, y compris la parasyphilis qui n'avait rien à voir ici; on a renversé ou tout au moins ébranlé beaucoup de choses, mais jusque-là je ne vois pas encore ce qu'on a consolidé. J'en excepte, bien entendu, la magistrale étude que vient de nous donner M. le Dr Jullien.

Le praticien, indécis sur le choix d'une préparation mercurielle injectable, qui, alléché par le titre, consultera nos comptes rendus, y trouvera qu'en fait d'injections les pilules sont encore ce qu'il y a de mieux : avec elles du moins, pas d'accidents à redouter.

A mon sens, cette question est très loin d'être résolue, et je réserve pour le jour où on la reprendra les observations que je comptais apporter au sujet des théories soulevées soit par M. le Dr Pouchet, soit par M. le Dr Leredde.

Je me contenterai pour aujourd'hui de réparer quelques-unes des brèches faites il y a quinze jours par M. Danlos.

En suivant pas à pas le rapport de M. Danlos, nous trouvons d'abord cette phrase (p. 364) : « ...l'injection *qui ne peut guère être faite que dans les fesses*, oblige le malade à une visite quotidienne de son médecin... »

Les praticiens, je le sais, sont à peu près unanimes à choisir les fesses comme lieu d'élection des injections mercurielles, même solubles; mais de là à conclure que ces injections ne peuvent être faites dans d'autres régions, comme le dit M. Danlos, c'est aller un peu loin. Je connais plusieurs clients qui, sous la direction de leur médecin, se font eux-mêmes des injections de sels solubles ailleurs que dans la fesse.

Je citerai encore, à l'appui de mon assertion, une lettre d'un de nos confrères qui sur ce point est très explicite : « ... J'aime au contraire le biiodure, m'étant fait au moins cent piqûres de ton huile biiodurée à 0,01 centigr., *sous la peau* (souligné par lui), sans douleurs ni indurations..., je les fais sous la peau de l'abdomen et du flanc, car cela m'est plus facile... »

Un des principaux avantages des injections solubles, ainsi que le faisait observer récemment M. le Dr Barthélemy, c'est précisément de permettre aux médecins qui ont besoin de cette médica-

tion, de pouvoir y recourir sans s'adresser à un confrère.

Et un peu plus loin (p. 365) : « ... J'ai vérifié directement que les solutions de *lactate de mercure* étaient ordinairement *mal titrées*, et contenaient en proportion variable un mélange de sel mercureux et mercurique. »

Le premier reproche fait aux solutions de lactate de mercure a été vrai pendant longtemps; M. Danlos aurait même pu dire qu'elles étaient autrefois *toujours* mal titrées, mais actuellement ce reproche n'existe plus. A la séance du 4 juin dernier, mon ami M. Guerbet, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, communiquait à la Société de pharmacie le résultat de ses travaux sur les *lactates de mercure*. Il démontrait que le lactate mercurique basique d'Engelhardt, de même que le lactate mercureux de Brüning, sont des mélanges de deux sels que M. Guerbet est parvenu à préparer à l'état de pureté : un lactate mercureux $(C^3H^5O^3)^2Hg^2+H^2O$, et un lactate mercurique $(C^3H^5O^3)^2Hg$, sel très soluble dans l'eau, mais dont les dissolutions se décomposent avec la plus grande facilité sous l'influence de la chaleur.

Le second reproche n'est pas plus grave que le premier, car il n'est pas du tout démontré que le lactate de mercure agira moins bien s'il est constitué par un mélange en proportion définie de sels mercureux et mercurique plutôt que par chacun de ces sels en particulier.

Le lactate de mercure semble au contraire devoir offrir plusieurs avantages : il est assez riche en mercure, 52,9 p. 100; il est très facilement réductible, qualité importante d'après M. le prof. Pouchet; il est soluble sans addition d'aucun sel étranger, donc pas de double décomposition possible; injecté, il est peu douloureux, vraisemblablement parce qu'il ne précipite pas les albuminoïdes; enfin il est constitué dans la proportion de 43 p. 100 par un acide qui existe dans l'organisme animal et se trouve surtout dans le muscle fatigué : l'acide lactique.

A priori, M. le Dr Gaucher a donc fait un choix très judicieux en s'adressant au lactate de mercure pour ses injections solubles.

En ce moment, mon ami M. le Dr Lévy-Bing injecte journellement à Saint-Lazare 0 gr. 03 de lactate de mercure qui sont très bien supportés, peu douloureux, mais dont l'action curative ne lui semble pas encore suffisamment démontrée.

Cette question du lactate de mercure est donc complètement à réserver.

En ce qui concerne le *cacodylate* de mercure, M. Danlos est très bref : « Sur des échantillons de cacodylate de mercure, dit-il, j'ai pu constater que si toutes les ampoules contenaient du mercure, il n'était pas dans toutes *sous le même état* » (p. 365).

J'avoue ne pas saisir très bien la portée du reproche formulé par M. Danlos, mais j'aurai garde de lui chercher querelle en faveur du cacodylate, que je regarde personnellement comme un très médiocre médicament, mélange mal défini de cacodylate de soude et de biiodure de mercure, dont l'activité est le plus souvent insuffisante en raison de la faible teneur en mercure : 1 mgr. 76, d'après la formule que nous a donnée M. Brocq.

Quant au *salicylate* de mercure dont parle M. Danlos, « qui jadis employé à Saint-Louis ne contenait que des traces de mercure » (p. 365), la réponse est très simple : Il fallait remplacer par un sel bien préparé ce salicylate défectueux!

Moi-même, il y a une dizaine d'années, j'ai fait une constatation analogue sur certains échantillons de *benzoate* de mercure du commerce, mais mon analyse, pas plus que celle de mon confrère de Saint-Louis, ne prouvait qu'une chose, c'est qu'il existait de mauvais benzoates!

La teneur en mercure des salicylates est au contraire parfaitement définie : le salicylate *basique*, employé pour les injections insolubles, en contient 59,52 p. 100; le salicylate *neutre* en renferme 42,19 p. 100; il se dissout avec la plus grande facilité dans le sérum isotonique.

J'ai préparé des solutions à 1 et 2 p. 100 de ce sel, et si les résultats ne sont pas encore assez nombreux pour être tout à fait probants, ils sont au moins très encourageants.

J'arrive, Messieurs, à un autre sel de mercure, qui m'intéresse d'autant plus que je le connais mieux : le biiodure.

J'en demande pardon à M. Danlos, mais je dois avouer que pour tout ce qui a trait au biiodure, je ne suis d'accord avec lui que sur un seul point : l'inactivité de l'huile biiodurée à 0,004 milgrammes (formule Panas), surtout si on la compare au roi des mercuriaux, le calomel.

« Malgré les éloges officiels (Panas, Dieulafoy) qu'on a donnés aux injections de biiodure, je les considère, dit M. Danlos, comme très inférieures au calomel... »

Or, M. Danlos n'a en vue que les injections à 0,004 milligrammes! Si nous calculons leur richesse en mercure, nous voyons que l'injection Panas renferme 1 mgr. 76 de mercure. M. Danlos, en la déclarant inactive, se range à l'opinion unanime des praticiens de la jeune École.

M. Danlos ajoute : « Elles ont à leur actif des cas de gangrène cutanée et musculaire très grave et très étendue... » Et M. Danlos s'appuie de l'autorité de MM. Fournier et Brocq.

Je ne connais pas le cas ou les cas de M. Fournier; je n'en dirai donc rien. Mais, je connais par le menu le cas de M. Brocq qui est unique, je crois; je me permettrai donc de le discuter.

A l'observation de M. Danlos il a déjà été répondu : « Mais le sublimé aussi a donné des gangrènes du même genre. » Moi qui, à l'inverse de M. Danlos, place le biiodure en tête de ligne des injections solubles, je n'accepte pas cette « excuse » qui est une *mauvaise* excuse. Et j'estime que le biiodure ne mérite pas cette accusation :

1° Quelle solution a injectée M. Brocq? Un produit spécialisé, dont nous connaissions, en fait de composition, juste ce que voulait bien nous apprendre la brochure-réclame.

On nous disait que le biiodure était dissous grâce à un tour de main spécial, mais on n'y mentionnait pas l'existence du gaïacol, par exemple, que j'y retrouvais à l'analyse chimique.

J'en appelle au témoignage de notre sympathique confrère le Dr Jullien qui, dans cette séance de la Société de dermato-

logie, donna la note vraie ! « Il est temps, dit-il, de nous souvenir que le cypridol est une spécialité et qu'il est toujours *au moins imprudent* de faire usage d'un remède secret! »

2° Comment a été faite l'injection et par qui? M. Brocq, interrogé, a répondu : « que l'injection avait été faite non par lui, mais par un de ses élèves. » — Quel élève? un interne, un externe, un stagiaire? le premier venu, ou plutôt le dernier venu? Les précautions aseptiques d'usage ont-elles été respectées? etc., etc., et autant de questions d'un intérêt primordial et qu'on laisse inconsciemment de côté pour dire : « Il y a un accident? Donc c'est la faute du médicament! Les accidents, eux, diffèrent souvent; la réponse, elle, ne diffère jamais : C'est toujours le produit qui est coupable!

3° Je vais plus loin; j'admets que l'injection ait été très bien faite, qu'il n'y ait pas eu la moindre faute de technique : le biiodure est-il pour cela forcément responsable de l'accident? Pas le moins du monde.

L'huile biiodurée dont il s'agissait était délivrée dans les services d'hôpitaux en *grands* flacons, de verre *blanc*, bouchés *au liège*, flacons qui restaient en vidange, dont le contenu avait par conséquent toutes les chances possibles de contamination, etc. J'en ai vu à Saint-Louis avec un notable dépôt de biiodure *cristallisé* dans le fond du flacon. Or, j'ai montré, il y a un an, qu'il suffisait d'exposer cette huile biiodurée pendant *trois jours* à la lumière diffuse de mon laboratoire pour qu'il s'y manifestât un commencement d'altération *visible à l'œil nu* : l'huile verdit du 2e au 3e jour, par formation de protoiodure; au bout de 3, 4, 5 jours le protoiodure se dépose déjà et si l'on prolonge l'expérience on a bientôt un dépôt boueux, composé de protoiodure verdâtre mélangé de protoiodure réduit, etc.

La présence du gaïacol m'a semblé favoriser encore très sensiblement l'action décomposante de la lumière. Aussi avais-je conseillé, lors de ma communication à la Société de Dermatologie, de ne pas mettre de gaïacol dans l'huile biiodurée et de la con-

server dans des flacons en verre jaune, ou même en verre blanc, mais placés à l'abri de la lumière.

Dans quel état de conservation, ou peut-être d'altération, se trouvait l'huile injectée dans le service de M. Brocq ? on a encore négligé de nous le dire! Il est vrai que ma communication a été postérieure à l'accident, et que l'attention n'avait pas encore été attirée sur ce point.

Voilà pour la première objection de M. Danlos :

« Je me demande seulement à propos de ces injections, continue M. Danlos, pourquoi l'on préconise comme dissolvant du biiodure l'huile, qui n'en dissout que 0,004 milligrammes par centimètre cube, tandis que l'eau distillée, à la température ordinaire, peut en dissoudre 6 mgr. 6 sous le même volume. »

M. Danlos semble croire que la solubilité du biiodure dans l'huile est limitée à 0,004 milligrammes par centimètre cube : si telle est bien sa pensée, j'ai le regret de lui dire que cette affirmation est depuis longtemps démontrée inexacte.

1° Les classiques nous apprennent en effet que les huiles, suivant leur composition chimique, dissolvent des quantités très inégales de biiodure de mercure :

La vaseline en dissout : 0 gr. 25 p. 100.

Les huiles d'olives ou d'amandes douces : 0 gr. 40 p. 100.

L'axonge : 0 gr. 45 p. 100.

L'huile d'œillette : 1 gr. 20 p. 100.

L'huile de noix : 1 gr. 30 p. 100.

L'huile de ricin : 2 grammes p. 100.

2° Moi-même, il y a un an, j'ai présenté à la Société de Dermatologie une huile biiodurée à 0,01 centigramme par centimètre cube ; je n'avais donc malheureusement rien inventé.

3° Plus récemment j'ai préparé en différentes fois pour l'hôpital Saint-Lazare 880 cc. d'une huile biiodurée à 0,015 qui n'a jamais laissé déposer trace de biiodure de mercure cristallisé, bien que ce fût en hiver. Les observations ont été communiquées à la Société de Dermatologie en mai dernier, et feront l'objet d'une thèse qui paraîtra prochainement.

Je dois ajouter que, pas plus avec l'huile à 0,015 milligrammes qu'avec celle à 0,010 milligrammes dont on a injecté plusieurs litres depuis un an, et même parfois à la dose quotidienne de 2 et 3 cc., aucun expérimentateur n'a jamais eu à déplorer, à ma connaissance, ni gangrène, ni abcès, ni aucun incident fâcheux; et pourtant quelques-unes de ces injections ont été faites *sous la peau* de l'abdomen et du flanc, ainsi que je l'ai dit précédemment.

L'huile biiodurée ne me semble donc pas aussi coupable que M. Danlos veut bien l'affirmer.

Inutile de noter qu'à la dose de 0,010 et 0,015 milligrammes cette huile possède une activité double ou quadruple de l'huile officielle à 0,004 milligrammes.

Quant à la seconde assertion de M. Danlos, relative à la solubilité du biiodure dans l'eau distillée, à la dose de 6 mgr. 6 par centimètre cube, soit 6 gr. 60 par litre, j'y souscris encore bien moins. Mais la faute n'en est pas à M. Danlos!

Si l'on consulte les auteurs, sur la solubilité dans l'eau du biiodure de mercure, on a, en effet les renseignements suivants : « Le biiodure de mercure, disent les uns, est *insoluble* dans l'eau; le biiodure de mercure, répondent les autres, est *soluble* dans l'eau à la dose de 0,04 centigrammes, de 0,40 centigrammes de 6 gr. 60 par litre! »

M. Danlos a eu tort de choisir ce dernier chiffre : *in medio stat veritas!* Le biiodure se dissout dans l'eau distillée, à la température de + 17°5, dans la proportion de 0,04 centigrammes par litre. (Bourgoin, *Annales de Chimie et de Physique*, 6e série, t. III, p. 425, 1884.) C'est juste, on le voit, la quantité de sel pour une seule injection!

J'ajouterai même, d'après mes expériences personnelles, que si l'on a soin d'opérer avec du biiodure complètement privé de sels étrangers — (que n'enlèvent jamais complètement les lavages), — soit par sublimation, soit par cristallisation dans un milieu éthéro-alcoolique, ce sel peut être considéré comme insoluble dans l'eau.

C'est en raison de cette insolubilité, et pour éviter l'excipient huileux, que j'ai préparé, à la demande de M. Lévy-Bing, les solutions d'iodure double de mercure et de sodium (908 cc.), dont il a, en mai dernier, communiqué les observations à la Société de Dermatologie, en compagnie de son maître, M. le Dr Barthélemy.

Les résultats obtenus par M. Lévy, et consignés au *Bulletin de la Société de Dermatologie*, ont été si affirmatifs qu'il n'hésite pas. à l'heure actuelle, à accorder au biiodure ainsi solubilisé la première place parmi les injections solubles.

Ces injections aqueuses offrent un premier avantage : elles sont en quelque sorte *magistrales*, vu la simplicité de leur composition, à l'inverse d'autres injections solubles que je qualifierai volontiers d'*officinales*, tant la préparation en est délicate, quand elle n'est pas irréalisable.

Elles ont en outre, sur celles de cyanure également très actives, un second avantage : c'est d'être très peu douloureuses. Le Dr Lévy a pu injecter quotidiennement et sans cocaïne (son addition donnerait lieu à un précipité) 0,02, 0,03, 0,04, 0,05 centigrammes de biiodure (c'est-à-dire jusqu'à 0,022 milligrammes de mercure métallique, soit 12 fois 5 la teneur de l'huile de M. Panas), tandis que les malades se refusent vite aux injections de cyanure, à la dose de 0,02 et même de 0,01 centigramme si l'on n'a soin d'y ajouter de la cocaïne.

Il existe de plus, au sujet du cyanure, des cas d'intolérance qui feront prochainement l'occasion d'un rapport à la Société de Dermatologie.

Nous sommes loin, M. Danlos voudra bien en convenir, de la condamnation, sans circonstances atténuantes, prononcée par lui contre le biiodure !

. Tout ce que nous avons dit à propos du biiodure de mercure, il faudrait le répéter pour l'alaninate, l'asparaginate, le formamidate, etc..., etc..., pour l'oxyde jaune, dont M. Loison vient de nous donner une étude détaillée.

Vous voyez combien j'avais raison de dire, en commençant,

que la question des injections mercurielles était loin d'être résolue.

Toutefois, pour terminer, permettez-moi de vous soumettre un desideratum : il est un très grand nombre d'avariés, et parmi eux des confrères, qui ont accueilli les idées de M. Leredde avec d'autant plus d'enthousiasme qu'ils étaient personnellement plus intéressés à les croire vraies. Nous nous devons, à nous tous, de respecter et même d'encourager leur croyance, *tant que nous n'aurons pas de preuves à objecter*.

Je dirai plus : si un jour les affirmations de notre confrère étaient démontrées inexactes, — l'avenir leur réserve, à mon avis, pleine confirmation, — M. Leredde pourra s'en consoler facilement : « il lui sera beaucoup pardonné », parce qu'il aura, pour un temps du moins, considérablement adouci le pronostic de la vérole.

Je prie donc M. Danlos de bien vouloir m'autoriser à reprendre sa conclusion : « Nous devons *nous résigner* à prévenir, puisque *nous ne pouvons pas* guérir, » pour la transformer en cette autre plus humanitaire et plus encourageante : « *Efforçons-nous* de prévenir, puisque *nous ne savons pas encore* guérir. »

Les séances de la Société seront reprises après les vacances, qui dureront jusqu'au 8 octobre prochain.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Opportunité de l'intervention chirurgicale précoce dans l'appendicite aiguë. — L'expectation absolue, dans l'appendicite, est pour M. Baillet (*Touraine médicale*, 15 août 1901) une pratique dangereuse, le taux de mortalité avec une telle manière de faire est relativement très élevé.

Si, pour une raison qui lui est particulière, le médecin traitant ne veut pas faire opérer son malade de suite, ou si l'autorisation n'en est pas donnée, il est cependant nécessaire qu'un chirurgien soit appelé dès le début, qui suivra le malade avec le médecin traitant. Une surveillance constante, de tous les instants, devra être exercée sur le malade, afin de saisir dès ses débuts une complication qui viendrait à se produire, et afin que l'indication à opérer soit reconnue aussitôt qu'elle se présentera; il devra alors être procédé à l'opération immédiatement.

Il y a, on le conçoit, une difficulté considérable dans la pratique courante, surtout dans les campagnes, à réaliser ces différents postulats; c'est cependant la seule façon d'arriver à sauver ses malades; si on ne peut réaliser ces conditions, on opère toujours trop tard, et les résultats sont tellement mauvais qu'autant vaudrait s'abstenir.

Pour ces raisons, l'opération dans la période aiguë, mais avant la survenance de toute complication, est recommandable. Mais, en raison des difficultés et des dangers de l'opération effectuée, quand déjà la réaction péritonéale produit l'enkystement de la région appendiculaire, il vaut mieux la réserver aux cas où on est certain d'agir dans les quarante-huit premières heures.

Comme on devait le penser à priori, l'intervention dans ces conditions présente peu de difficultés, et peu de dangers. Elle peut être grave exceptionnellement dans les cas où il existe une intoxication générale de l'organisme, et l'expectation dans ces cas serait peut-être préférable.

Afin d'éviter toute perte de temps, et toute fatigue pour le malade, le transfert du sujet devra être évité. L'opération peut être faite n'importe où, à n'importe quelle heure, sans danger pour l'opéré. D'autre part, il n'est pas nécessaire, en général, à ce qu'il soit, après l'opération, soumis à une surveillance spéciale, il peut être traité à domicile.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e Arrt.



BULLETIN

Les viandes blanches dans l'albuminurie. — Culture du bacille typhique. — Inoculation de la tuberculose humaine aux bovidés. — Le pansement à la paraffine. — Exploration scientifique de l'Indo-Chine. — Le tannoforme dans la bromhydrose. — La lutte contre la tuberculose à l'atelier et à l'usine.

Pourquoi les viandes blanches sont-elles conseillées aux albuminuriques? Hauffmann et Mohr pensant en trouver la raison ont entrepris de multiples expériences d'où il résulte que, ni la quantité d'albumine, ni la proportion totale des matières azotées ne sont modifiées par la substitution des viandes blanches aux viandes noires, dans le régime des sujets atteints de néphrite chronique.

***

Un procédé rapide de culture du bacille typhique, permettant de différencier en clinique ce germe dans les selles des dothiénentériques, a été récemment indiqué par M. Chantemesse. On étale dans des boites de Pétri, de la gélose additionnée de IV gouttes d'acide phénique, de 20 centigrammes de lactose et de quelques gouttes de tournesol. On badigeonne la surface avec une aiguille de platine trempée dans les selles du typhique ; on met à l'étuve et 12 heures après, on voit les colonies de bacilles d'Eberth colorées en bleu, les autres microbes formant des colonies colorées en rose.



Behring a réussi à inoculer la tuberculose de l'homme aux bovidés. Il a fait, avec succès, des tentatives d'immunisation des bovidés jeunes; son procédé de vaccination contre la tuberculose de ces animaux est employé, paraît-il, dans les fermes des environs de Marbourg.

⁂

Afin d'éviter la formation d'adhérences entre la plaie et les matériaux de pansement, M. Springer (de Vienne) s'est appliqué à utiliser la paraffine en guise de protective. Il l'obtient sous la forme de minces lamelles en la faisant fondre à la surface d'une certaine quantité d'eau portée à l'ébullition. La paraffine fondue et étalée se fige par refroidissement de toute la masse liquide. Cette pellicule qui surnage est découpée avec les ciseaux, suivant les besoins, et appliquée ensuite à l'aide de deux pinces stériles, en ayant soin de tourner vers la place la face qui était en contact avec l'eau. Ainsi préparée, la paraffine serait lisse et n'adhérant pas aux téguments, facile à enlever avec la gaze qu'on dispose par-dessus; exempte d'antiseptiques, elle n'exercerait pas la moindre irritation locale. Elle offrirait en outre sur les graisses qui entrent dans la composition des protectives, l'avantage de se maintenir à l'état solide, et, partant, de ne pas imbiber la gaze sous-jacente qui conserverait ainsi tout son pouvoir d'absorption.

⁂

M. Doumer a, d'accord avec l'Académie des sciences, constitué pour l'Indo-Chine une mission d'exploration scientifique permanente. Cette mission comprendra quatre sections : section de géologie et minéralogie, section de zoologie, section de botanique, section d'anthropologie. Elle aura à sa tête un directeur nommé

pour trois ans et dont le mandat pourra être renouvelé. A chaque section seront attachés deux explorateurs choisis, soit parmi les jeunes gens pourvus du diplôme de licencié ès sciences ou de docteur en médecine, soit parmi les savants qui pourraient avoir intérêt à faire un séjour en Indo-Chine pour des recherches d'histoire naturelle.

***

M. Grumme (de Meiningen), médecin de l'armée allemande, a procédé à des essais en grand sur le traitement des sueurs des pieds par le tannoforme. Après s'être préalablement lavé les pieds, les hommes mettaient des chaussettes ou s'enveloppaient de linges saupoudrés de tannoforme qu'ils conservaient pendant vingt-quatre heures. Dans tous les cas, le résultat fut surprenant; la peau prit une teinte brunâtre et la transpiration s'arrêta aussitôt et complètement. Les jours suivants la coloration brune disparut peu à peu; quant à la sécrétion sudorale, elle ne réapparut qu'au bout de trois à quatre semaines, pour disparaître avec un nouveau saupoudrement. Dans aucun cas, on ne nota d'effet secondaire désagréable.

Le mélange de tannoforme et de poudre de talc, fait dans un but économique, se montra beaucoup moins efficace. Les onguents et les solutions au tannoforme se montrèrent sans effet.

***

Le conseil de direction de l'association des industriels de France contre les accidents du travail, ému des ravages que fait la tuberculose à l'atelier et à l'usine, et désirant contribuer à la lutte engagée contre le fléau, appelle la sérieuse attention des industriels sur la nécessité de combattre énergiquement la propagation de la tuberculose parmi leur personnel d'ouvriers et d'employés; les engage à substituer toutes les fois qu'il sera possible, le nettoyage humide des ateliers au nettoyage à sec, et,

dans tous les cas,à faire effectuer autant que se pourra le balayage le soir après le départ des ouvriers, plutôt que le matin avant leur entrée ; les invite aussi à prémunir, dans la mesure du possible contre l'action nocive des poussières professionnelles, soit en aspirant ces poussières pour les recueillir ou les détruire, soit en faisant usage de masques respirateurs lorsque ce dernier moyen sera seul possible ; leur conseille de faire dans leurs ateliers et bureaux, l'essai de crachoirs, en recommandant au personnel de se servir de ces appareils et de ne pas cracher sur le sol ; d'entreprendre à cet égard l'éducation du personnel en lui expliquant par des avis affichés et des instructions verbales, l'intérêt considérable qui existe pour les ouvriers et leur familles à ce que cette précaution hygiénique soit observée, d'appeler enfin l'attention de leur personnel sur les dangers de l'alcoolisme et sur sa corrélation avec la tuberculose.

HYDROLOGIE

La crise des eaux minérales en France. La transformation de la cure thermale. Vichy ancien et Vichy moderne,

par M. G. Bardet.

Depuis quelques années les journaux de médecine parlent beaucoup des eaux minérales et plusieurs campagnes ont été entreprises pour fournir à nos stations l'aide dont elles paraissaient avoir besoin. Un syndicat des médecins d'eaux s'est formé, des voyages d'études ont été organisés, en un mot tout le monde y a mis tout le zèle possible, après avoir pendant longtemps fait le silence sur cette très intéressante question.

Il y a donc une crise des eaux minérales? On le dit, et à en croire les intéressés, la chose paraît réelle, mais cependant, avant d'admettre une crise il est utile d'étudier soigneusement la situation. Jusqu'ici le *Bulletin de Thérapeutique* n'a pas pris position, mais le moment nous semble venu de poser sérieusement le problème et d'en essayer la résolution, avec toute l'indépendance possible et en gardant en cette occasion, comme nous en avons l'habitude, toute notre liberté de jugement.

Je vais donc étudier les *Eaux françaises* en général, juger, impartialement et à ma manière, leur situation actuelle,

puis, prenant comme exemple les transformations considérables qui ont été faites ou sont en cours à Vichy, dans notre première station, je m'efforcerai de tirer des conclusions pratiques de cette étude.

I. — La crise existe-t-elle?

Et d'abord, est-il exact de dire qu'il y a une crise des eaux minérales?

Si l'on envisage et si l'on compare la situation respective de eaux françaises et des eaux allemandes (je ne parle pas des eaux américaines, car je ne les connais pas), il est évident que la situation des dernières est des plus prospères, et par conséquent la comparaison est au grand désavantage des stations de notre pays. Mais si l'on examine avec soin (nous le ferons un jour en détail) la statistique générale des établissements nationaux, on sera surpris de voir qu'en réalité on reçoit presque partout plus de monde aujourd'hui qu'autrefois.

Je n'admets donc pas la réalité de la crise, dans le sens d'un déficit entre le passé et le présent. Nous sommes restés stationnaires; quelques établissements ont gagné, un certain nombre a perdu, mais le gain est plutôt régulier pour l'ensemble. Il est cependant à considérer que si l'on examine la progression colossale des villes d'eaux allemandes, nous avons perdu tout ce que nous n'avons pas gagné. C'est dans ces conditions que je puis admettre que nos villes d'eaux subissent une crise réelle.

II. — Pourquoi nos stations ne progressent-elles pas?

Donc, nous n'avons pas suivi le moment progressif qui a marqué la fin du dernier siècle, en Allemagne et en

Autriche. A cela, il y a certainement des motifs, et ces motifs doivent tenir à plusieurs catégories de faits, les uns matériels et les autres moraux.

Si l'on écoute les intéressés, c'est-à-dire les médecins d'eaux et les propriétaires ou directeurs d'établissements, on constate que, d'après eux, la médiocrité des exploitations tient surtout au peu de bonne volonté du corps médical à utiliser la médication thermale. Plusieurs même accusent volontiers les maîtres de la science française d'envoyer leurs malades à l'étranger.

Voyons d'abord le premier point : *le médecin français ne prêterait pas une attention suffisante aux avantages de la cure thermale*. Ce reproche n'est peut-être pas dépourvu d'exactitude, et je croirais volontiers que le praticien, des départements surtout, oublie trop facilement que quelques semaines de cure thermale peuvent exercer une merveilleuse influence sur l'évolution des maladies chroniques. Cette indifférence, d'ailleurs, ne s'applique pas uniquement à la médication thermale, elle se retrouve dans toute la thérapeutique, et malheureusement cela provient d'un vice dans l'éducation du médecin : nos écoles sont absolument inférieures à leur rôle, l'élève est complètement abandonné à lui-même, et il prend l'habitude de traiter la thérapeutique par-dessous la jambe, parce que ses maîtres, à de trop rares exceptions près, lui donnent l'exemple de ce scepticisme absurde. Trop de clinique, dans l'espèce et sans sanction pratique, peu ou pas thérapeutique, telle est la caractéristique de l'enseignement actuel.

Mais il y a autre chose, le médecin n'est pas seul responsable en la circonstance, car à son indifférence s'ajoute l'indifférence prononcée du malade, lequel répugne beaucoup plus souvent qu'on ne le croit à suivre les avis de son

médecin. Voici à peine vingt ans que le Français voyage, et il n'y a pas longtemps que les personnes aisées, qui n'avaient pas vu la mer ou la montagne, se comptaient par milliers. Les citadins remuent volontiers aujourd'hui, mais en province les personnes qui regardent à un déplacement sont encore trop nombreuses.

En conséquence, il est vraiment nécessaire de réagir contre cette double indifférence; le médecin devra chercher à mieux connaître et apprécier nos richesses thermales et, d'autre part, il devra faire tous ses efforts pour persuader ses clients de la grande importance thérapeutique des eaux minérales.

Reste le second point : *trop de médecins des grandes villes auraient tendance à diriger leurs malades vers les eaux étrangères.* Je ne crois pas beaucoup à cette accusation, car, pour les raisons que je viens de développer, je doute beaucoup d'une telle influence du médecin, lors même qu'il voudrait tenter de l'exercer sur son malade. La vérité, nous la connaissons tous, c'est que le médecin, en fait d'eaux minérales, dirige son client sur l'eau indiquée par celui-ci; on n'ignore pas en effet que le public, à ce point de vue, est d'un caprice extraordinaire, et que fort souvent il dirige ses pas vers la station de son choix. Cependant, j'admets fort bien que certains médecins apprécient volontiers telle ou telle station étrangère, mais en cela comment pourrait-il agir autrement? Certes nous possédons des stations aussi variées que possible, aucun pays n'est à ce point de vue aussi riche que le nôtre, mais combien de ces stations sont hélas misérables! Comment oser y adresser des malades au courant de la vie étrangère?

Il en est des eaux comme des médicaments, on les prend où elles sont, et si une ville d'eaux étrangère présente des

conditions éminemment favorables on la conseillera, de même qu'on prescrira un médicament sans se préoccuper de son origine. Un médecin qui agirait autrement, fut-ce par patriotisme, aurait grand tort.

III. — Le succès d'une station dépend plus de son installation que de la qualité de ses eaux

Pour être à même de changer d'orientation, il faut envisager courageusement la question et ne pas se leurrer. Nous voulons essayer de suivre le mouvement de prospérité qu'ont su provoquer nos concurrentes étrangères, eh bien! nous n'y arriverons que si nous sommes assez sages pour imiter leurs procédés, mais en sachant ne leur prendre que ce qui peut s'adapter à nos mœurs.

Or, quelle est la véritable cause des succès des stations allemandes? Ne la cherchez pas dans autre chose que dans l'effort immense qui a été fait pour satisfaire la clientèle. Établissements splendides, hôtels superbes, recherche inouïe de tous les moyens thérapeutiques susceptibles de procurer au malade un bénéfice quelconque. Mais, pour obtenir ce résultat, nos voisins ont su faire concorder tous les intérêts et converger toutes les forces. De ce consensus universel nous voyons le résultat, nous l'admirons et nous l'envions.

Chez un peuple intelligent et encore capable de produire, une pareille constatation doit avoir une suite féconde, nous devons chercher à imiter, à dépasser au besoin, ce que nous admirons, et si nous envions c'est seulement pour que ce sentiment nous pousse à réagir contre une indifférence trop prolongée.

Avouons-le donc, nous avons trop longtemps dormi sur la

certitude de posséder une admirable collection d'eaux minérales, et, pour attirer aujourd'hui la clientèle, il ne suffit pas de lui offrir cette attraction, il faut encore savoir la présenter d'une façon moderne. Pour juger, nous n'avons qu'à voir ce qui se passe en Suisse pour le tourisme : certes la France possède dans les Alpes, dans les Vosges, dans le Dauphiné, l'Auvergne et les Pyrénées des sites merveilleux autant que variés, mais nous avons négligé de faire des hôtels et tout le courant alpiniste se dirige vers la Suisse, parce que ce pays a adapté sa façon d'agir aux besoins de cette clientèle spéciale.

Un commerçant doit tenir les articles qui sont demandés et ne pas vouloir imposer ceux qu'il possède en magasin, telle est la loi du commerce moderne. Nous nous en apercevons malheureusement trop tard.

De toutes ces considérations, il se dégage nettement que la prospérité des stations allemandes n'a pas d'autre cause que le soin apporté dans les aménagements thérapeutiques ou d'hôtel, vraiment adaptés aux besoins modernes. Par contre, si nos eaux sont moins fortunées, si elles ont, à peu d'exceptions près, gardé péniblement la situation ancienne, devenue, par comparaison, des plus médiocres, c'est que l'effort s'est trouvé de beaucoup au-dessous des nécessités actuelles.

Quand j'ai visité nos stations, j'ai toujours été frappé de la naïve admiration, quasi religieuse, avec laquelle des confrères ou des directeurs d'établissements me parlaient des qualités de *leur eau!* Or, pour moi pharmacologue, ce sentiment me paraît aussi enfantin que celui d'un pharmacien qui vanterait avec admiration la grande valeur des drogues renfermées dans ses bocaux. Au contraire, à l'étranger, les intéressés passent toujours légèrement sur les qualités

médicamenteuses de l'eau elle-même et n'y attachent aucun caractère mystique, car ils savent que la composition est connue, mais ils montrent avec orgueil les aménagements et tout l'ensemble des organisations multiples et souvent accessoires qu'ils ont su imaginer pour le plus grand bien de leur clientèle.

Aussi, ce n'est pas sans étonnement et satisfaction qu'il y a peu de temps je suivais l'ingénieur de Vichy, tandis qu'il me faisait visiter en détail toute la nouvelle organisation de cette importante station; c'est que justement l'honorable fonctionnaire me parlait fort peu de ses eaux, malgré leur valeur incontestable, mais insistait avec complaisance sur tous les perfectionnements imaginés pour leur utilisation. Or, c'est la première fois que je constatais en France cette note très caractéristique.

Ah! je sais que je m'éloigne ici du sentiment qui anime trop de mes confrères, même des plus savants, parmi les médecins d'eaux, lesquels trouvent que l'on abandonne les *traditions médicales* et qu'on a trop tendance à passer la main à l'ingénieur!

Eh bien! oui, je suis pour la prédominance de l'ingénieur dans toutes les questions d'eaux minérales, car lui seul peut arriver à produire le gros effort qui mettra enfin nos stations françaises en état de rendre tout ce qu'elles peuvent donner.

Mais, bien entendu, le rôle du médecin ne doit pas être trop amoindri, c'est d'une véritable collaboration qu'il doit s'agir, l'ingénieur ne devant pas oublier que, quand il s'agit de thérapeutique, son art devient le serviteur aussi bien que l'auxiliaire.

IV. — Possibilité des transformations nécessaires

Ces transformations dans la manière d'administrer les stations sont-elles possibles ? Je le crois fermement et je vais en fournir tout à l'heure une preuve et un exemple décisifs. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, c'est là pour nos villes thermales une question de vie ou de mort, car qui ne progresse pas meurt ! Pour réussir il nous suffira d'embrasser résolument les difficultés, avec l'intention ferme de triompher, mais à la condition expresse d'envisager toutes les nécessités et de n'avoir en vue que le but poursuivi, sans y ajouter de questions accessoires et surtout politiques, d'abandonner en un mot cette façon de voir du « chien du jardinier » qui grogne pour empêcher autrui de profiter de ce qui lui est défendu. N'oublions pas en effet que, dans beaucoup de questions, il est malheureusement humain de trouver la privation d'autrui plus satisfaisante que sa jouissance propre !

Ainsi, j'ai étudié de près le fonctionnement d'une station charmante, riche en eaux qui se prêteraient merveilleusement à une utilisation multiple dans ses indications et à la création de moyens thermaux accessoires des plus modernes, mais, malheureusement, depuis un temps considérable plusieurs intérêts s'y disputent avec acharnement la prépondérance et le résultat est tel, qu'après mûr examen, on est obligé de constater que *jamais* cette station n'aura la vie thermale à laquelle pourtant elle aurait, mieux que bien d'autres, droit de prétendre, parce que la collision des intérêts tuera tous les efforts ! Et cette histoire pourrait être celle de toutes nos stations secondaires, et aussi celle de trop de stations importantes.

Je traiterai, en terminant, des raisons qui rendent com-

préhensible cette situation funeste, mais auparavant je veux établir que l'on peut constater chez nous un revirement sérieux dans la modernisation des stations thermales, en esquissant rapidement les perfectionnements si intéressants qui viennent de transformer complètement la principale de nos stations, c'est-à-dire Vichy, et qui feront d'ici deux ans de cette ville d'eaux l'une des plus belles, sinon peut-être la plus belle du monde. Je ne saurais prendre un exemple plus topique, car ce modèle pourra servir de type pour les améliorations futures que ce grand effort ne manquera pas de provoquer dans nos autres installations.

Aide-toi, le ciel t'aidera, telle doit être la devise de notre industrie, car pour faire auprès des pouvoirs publics les réclamations nécessaires il faut pouvoir démontrer puissamment la grandeur de l'effort accompli.

V. — Vichy ancien

En 1888, à la veille de l'Exposition universelle, c'est-à-dire il y a moins de quinze ans, je terminais la publication du Dictionnaire de thérapeutique de Dujardin-Beaumetz et à l'article « Vichy » je pouvais écrire ce qui suit : « Il n'y a qu'un Vichy, les Allemands eux-mêmes, si fiers de leurs richesses hydro-minérales, sont forcés de le reconnaître, tout en appelant Carlsbad le « roi des eaux minérales ». Par leur nombre et leur abondance, par la richesse et la rareté de leur minéralisation, par la grande variété de leur température et par l'étendue de leur domaine pathologique, les sources de Vichy constituent une individualité thérapeutique que l'on chercherait vainement ailleurs. Aussi la renommée universelle de cette station n'a-t-elle jamais reposé sur un caprice de la mode ni dépendu de la faveur

de quelque souverain. Les rois et les empereurs qui sont venus successivement, avec tant d'autres personnages illustres, demander à ces eaux le rétablissement de leur santé, ont certainement contribué à la prospérité sans pareille de Vichy, mais elle pouvait se passer de leur patronage dont la conservation ou la perte ont fait ou défait la fortune de tant d'autres stations thermales. Notre première ville d'eaux n'a pas même à demander la consécration de sa situation exceptionnelle à l'ancienneté de son origine. Qu'importe que les thermes de Vichy remontent à l'époque celtique, datent du moyen âge ou bien encore de l'époque moderne! la science hydrologique moderne lui assigne la première place qu'elle conservera tant que ses précieuses sources ne seront pas détruites par quelque cataclysme géologique... Grâce à toutes ces améliorations, le vieux Vichy a disparu pour faire place à un Vichy moderne et devenait sous le règne de Napoléon III, qui l'a doté de routes, de monuments, de théâtres et de promenades, la ville d'eaux sans rivale. »

Cet exposé n'avait, à l'époque, rien d'exagéré, mais, juste à l'instant où il paraissait, l'administration de Carlsbad donnait la dernière main à l'agrandissement de sa station et cette ville d'eaux devenait la plus belle, tant par la splendeur des aménagements que par l'intelligence de la conception moderne des besoins du malade. Aussi Vichy, qui datait de longtemps, c'est-à-dire de la fin de l'Empire, se trouvait-il rapidement dépassé. Bains, douches, accessoires, tout prenait de jour en jour un aspect plus mesquin et l'insuffisance des divers services devenait notoire. De même, les distractions offertes au baigneur devenaient, elles aussi, insuffisantes, le Parc de l'Allier, qui avait fait d'abord l'admiration du visiteur, à une époque primitive, paraissait

médiocre, le baigneur était confiné dans une ville fastidieuse, au milieu d'une vallée fertile sans doute, mais monotone et dépourvue d'attraits naturels.

Le résultat ne tarda pas à se faire sentir, Vichy fut détrôné auprès de ses propres nationaux et cessa de plus en plus d'attirer les étrangers.

Restait l'exportation des eaux et l'on pouvait, à bon droit, espérer que du moins les qualités médicamenteuses de ces eaux merveilleuses contribueraient à conserver la clientèle extérieure. Mais là aussi il fallut compter avec les transformations de la science et les nouvelles notions pathologiques. On commençait en effet à critiquer la manière dont l'embouteillage des eaux minérales était fait dans les stations, on suspecta la captation des sources, les microbiologistes intervinrent dans ces graves questions. De même pour les « pastilles » universellement connues de Vichy, on critiqua leur fabrication, on en suspecta même l'authenticité.

Bref, après avoir joui si longtemps d'un privilège admiratif, notre première station connut les amertumes de la critique et la défaveur de la mode.

Telle était la situation il y a quelques années, au moment où la question du renouvellement du bail de la Compagnie fermière s'imposait. Nous discuterons tout à l'heure cette question, mais, pour l'instant, je n'y fais allusion que pour expliquer pourquoi les progrès de Vichy furent arrêtés brusquement vers 1890, les intéressés ne pouvant songer à transformer une station qui pouvait leur échapper prochainement. Mais maintenant, à tort ou à raison (nous y reviendrons en terminant), la Compagnie a fait un nouveau bail, sous condition d'accomplir certains perfectionnements dans son installation. Ce sont ces transformations qu'il nous faut juger.

VI. — Vichy moderne

Je n'hésite pas à affirmer que la station nouvelle n'aura rien à envier aux villes d'eaux étrangères. Assurément il y a des différences, et c'est fort heureux, car l'imitation servile prouverait une impuissance déplorable; notre génie national, là comme en toute chose, se manifestera avec son originalité propre, mais en comparant avec les stations allemandes que je connais pour le plus grand nombre, je trouve que la comparaison actuelle sera tout à l'avantage de la nouvelle station de Vichy. Pour plus de facilité, fragmentons la rapide description des diverses créations faites à Vichy et prenons successivement les *embellissements extérieurs*, *les transformations de l'établissement*, *le service de l'exportation* et celui de la *pastillerie*.

Embellissements extérieurs. — Prenons par exemple Carlsbad, c'est une petite ville au centre de laquelle est le principal établissement (Sprudel), dans une vallée si étroite que les constructions ont dû s'étager dans le sens de la longueur, de sorte qu'en dehors de l'établissement, fortement encombré, le baigneur n'a à sa disposition qu'une rue fort longue sur laquelle à certaines heures se massent les quelques 10.000 malades qui séjournent ensemble à Carlsbad. Sur les pentes on a disposé un grand nombre de jardins et le public peut gagner rapidement les bois voisins, mais il est juste de reconnaître que la ville est un boyau fort peu confortable où les constructions sont agglomérées de manière déplaisante. L'administration fait les sacrifices les plus grands pour obvier à ce dernier inconvénient et dépense des millions pour exproprier les immeubles gênants, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là, du fait même de

l'étroitesse de la vallée, un inconvénient naturel qui est irrémédiable.

A Vichy, au contraire, on se trouve dans une vaste vallée sur les bords d'un large fleuve, et en amont les montagnes d'Auvergne ferment le paysage ; les environs sont facilement accessibles en voiture et à plat, tout cet ensemble de conditions permettant d'étendre presque indéfiniment et sans trop de frais les terrains réservés à la promenade. Aussi, la ville est-elle en train de préparer des agrandissements considérables des parcs ; au Nord, une passerelle rejoindra le champ de courses, qui se prolongera en parc jusqu'au pont de l'Allier ; une autre passerelle joindra le sud du parc actuel avec le tir aux pigeons, qui sera également relié au pont par un parc. De la sorte, le promeneur pourra faire sur les deux rives de l'Allier, à l'abri des arbres une promenade ininterrompue de 7 ou 8 kilomètres. Voir aux pièces, Annexe n° 7.

Ces améliorations ne seront complètes que d'ici deux ans, mais on peut déjà profiter des promenoirs couverts qui font le tour du parc, du Casino et du théâtre. Ces deux monuments sont vraiment remarquables et offrent au baigneur des salles magnifiques qui ne sont dépassées en luxe et confortable, par aucun autre établissement étranger. Ici j'avoue que, comme médecin, je reste froid, car je ne devrais envisager que le côté exclusivement thérapeutique de la station et trop souvent nous avons à déplorer l'influence des distractions sur les malades, mais amené à comparer les stations françaises ou étrangères, je me trouve forcé d'entrer dans ces détails, qui ont, au point de vue mondain, une très grande importance.

On voit de suite que Vichy moderne laisse loin derrière lui Vichy ancien, et que l'on ne peut qu'applaudir à la

grandeur de l'effort et à l'excellence des résultats acquis.

Transformations de l'établissement. — Nous sommes ici sur le domaine thérapeutique, il nous faut par conséquent nous intéresser davantage à tout ce qui a été fait, car, ne l'oublions pas, il s'agit d'une innovation qui doit servir de modèle forcé à tout ce qui se fera en France, il n'est donc pas indifférent de savoir si l'effort a été heureux.

Avant tout, rappelons que la tendance actuelle est d'annexer au traitement thermal toutes les innovations capables d'en augmenter la puissance, même quand les procédés thérapeutiques employés ne comportent pas l'emploi de l'eau minérale. Ce mouvement nous est venu d'Allemagne, beaucoup de médecins d'eaux le critiquent et prétendent avec un semblant de raison que par ce système, on a l'air de ne plus avoir confiance dans la puissance de l'eau elle-même et qu'on jette ainsi le discrédit sur la cure thermale, celle-ci devant être l'unique souci du médecin. Tout en reconnaissant la valeur de l'argument, je ne partage pas cette manière de voir; un malade qui vient consacrer trois ou quatre semaines, parfois davantage, à son traitement a le droit de réclamer tous les soins qui sont susceptibles d'améliorer sa situation et, il me paraît évident que moins il perdra son temps et plus il aura lieu d'être satisfait. Si l'on suivait la vieille méthode, l'hydrothérapie serait encore dans l'enfance, le massage n'aurait pas pris droit de cité dans la plupart des stations, et notamment le massage humide qui rend tant de services, en un mot on en serait encore à l'ingestion de l'eau et à des applications primitives et surannées. Certes l'eau est active, mais elle sera d'autant plus puissante que l'on y joindra des pratiques intelligemment comprises, fussent-elles faites sans utiliser le médicament thermal lui-même.

C'est ce qu'ont compris les médecins de Vichy et il faut les en féliciter hautement, car ils ont rendu à leur station un immense service.

Le mouvement a du reste commencé bien avant les nouveaux travaux, par l'initiative d'un homme fort intelligent, élève de Charcot, le Dr Lejeune, qui fondait, il y a une douzaine d'années, une maison d'hydrothérapie dont le succès fut aussi grand que mérité. Lejeune a singulièrement perfectionné l'administration des douches; il est l'auteur d'un système mélangeur automatique qui est la perfection même et qui permet d'obtenir en un instant l'eau à la température voulue et avec une constance aussi complète que possible. Ces appareils lui ont permis de varier à l'infini les moyens thérapeutiques et, grâce à son expérience consommée, il a pu obtenir des effets si intéressants que, rapidement, son innovation s'imposait et apportait à la station un adjuvant qui comptait largement dans le succès. Mais je n'ai pas à entrer ici dans la discussion des procédés hydrothérapiques, je compte, à la rentrée, reprendre la question, et le Dr Lejeune m'a pour cela promis sa collaboration; aujourd'hui, je veux seulement montrer que son initiative a été pour beaucoup dans les transformations utiles qui ont été faites à Vichy.

En effet, l'établissement, ou plutôt ses administrateurs, comprenant tout le parti qu'on pouvait tirer de pareils adjuvants, ont pris comme collaborateur notre confrère et l'ont chargé de présider à l'organisation du service hydrothérapique. Mais poussant plus loin l'innovation, on n'a pas hésité à adjoindre à la médication thermale externe une organisation complète de mécanothérapie, sous la direction d'un médecin spécialiste, le Dr Vermeulen, imitant en cela les stations allemandes les mieux organisées. Ce service de mécanothé-

rapie est muni des appareils bien connus de Zander, tous les mouvements, passifs ou actifs, y peuvent être obtenus, de manière à agir sur toutes les fonctions et à modifier la respiration et la circulation aussi bien que les fonctions motrices. Il est certain que cette médication accessoire rendra les services les plus complets, en ajoutant son action au traitement thermal lui-même. De même, on a prévu une installation électrique suffisante pour obtenir tous les effets du traitement, dans ses rapports avec les affections qu'on soigne à Vichy. Comme on le voit par ce rapide exposé, la nouvelle installation est réellement moderne et comporte largement tous les perfectionnements thérapeutiques susceptibles de former un ensemble imposant qui fournira au malade tous les moyens de traitement dont il peut avoir besoin (1).

Les établissements de deuxième et de troisième classe de Vichy sont de date récente, ils n'ont donc pas besoin d'être réédifiés (Voir, à la fin, notes 1 et 2), mais on a entièrement reconstruit l'établissement de première classe, qui s'étend sur une surface de plus d'un hectare et demi et qui formera certainement le plus bel établissement, lorsqu'il sera ouvert. Je ne crois pas qu'on puisse faire une seule critique malveillante sérieuse à l'installation thérapeutique, et, du reste, on ne pourra juger l'œuvre que quand elle sera ter-

(1) Il m'est impossible d'entrer dans le détail intime de cette organisation compliquée, on trouvera dans les notes documentaires qui sont ajoutées à la fin de cet article tous les renseignements officiels nécessaires, les chiffres et le détail de ces pièces annexes pourront être avantageusement consultés par les personnes qui auraient besoin de documents sérieux, mais je trouve inutile d'en surcharger mon argumentation. Je remercie seulement le directeur de la Compagnie de Vichy, qui a bien voulu me fournir tous ces documents, extrêmement intéressants comme on pourra s'en rendre compte.

minée, mais, sur plan et à l'examen de la distribution, il semble bien que l'effort soit payé par le résultat obtenu. Je ne ferai qu'une critique et elle concerne l'extérieur du bâtiment. En effet, une fois entré dans l'établissement rien ne choque l'œil, mais il n'en est pas de même au dehors, pour lequel l'architecte n'a vraiment pas été heureux. Aujourd'hui où l'on cherche l'air et la lumière, on aurait le droit de s'attendre à trouver une façade aux larges ouvertures, inondant l'intérieur de flots lumineux. Or, par une étrange aberration, l'architecte, qui disposait cependant d'une surface considérable, a trouvé le moyen de faire un énorme monolithe où de petites ouvertures, genre mauresque, sont parcimonieusement disposées; il n'y a pas à dire, le fonctionnaire qui a imaginé ce plan est peu au courant de la vie moderne et son œuvre date de cent ans. On prétend que tout l'art de l'architecture du xxe siècle consiste à savoir faire des façades, or, celui de Vichy contredit complètement cette opinion, il a manqué sa façade!

Par contre, la sensation fâcheuse disparaît en entrant, car l'intérieur a forcément été disposé suivant les exigences de la destination, et certes le nouvel établissement répondra de manière complète aux besoins thermaux. Les dégagements sont larges et nombreux, tous les services sont habilement groupés, les bains et l'hydrothérapie, ainsi que le hall de la mécanothérapie au rez-de-chaussée, les bains de pieds, les douches locales et le service électro-thérapique au premier étage. Tout cela a grand air et répond absolument aux besoins d'une grande station; aussi tous les médecins de Vichy paraissent-ils légitimement fiers de leur nouvel établissement.

Les sources, buvette et exportation. — J'ai peu à dire de la question des sources de Vichy, car notre collaborateur, le

prof. Pouchet, a publié en 1901 un rapport qu'il avait été chargé de faire sur le captage et l'examen bactériologique des sources, après les travaux récents. Il concluait ainsi : « Nos nouveaux examens bactériologiques ont permis de constater que les conditions dans lesquelles sont effectués les captages des griffons, la protection des vasques, l'embouteillage des eaux des sources de l'État à Vichy, ont complètement répondu aux *desiderata* de l'hygiène, et ont donné les résultats que l'on devait en attendre. » On trouvera plus loin (notes 4 et 5) les documents complémentaires qui éclairent cette intéressante question, au sujet de l'embouteillage des eaux de Vichy.

L'installation des buvettes va se trouver l'an prochain complètement transformée, grâce à la démolition de l'ancien établissement de première classe, qui permettra la construction d'un grand hall vitré où se trouveront les buvettes des sources Mesdames, Grande-Grille et Chomel. Cette amélioration était bien utile et mettra en bonne place cette partie si importante du traitement thermal de la station.

Il ne faut pas non plus oublier de signaler les importants perfectionnements qui ont été déjà apportés dans la fabrication des sels et des pastilles de Vichy, dont la vente constitue, avec celle des eaux d'exportation, une des branches les plus considérables des transactions faites à la station. Cette usine, installée bien en évidence est dignement comprise, et donne une haute idée des soins apportés à l'exploitation. J'insiste sur ce point parce que jadis il en fut autrement et que, comme je l'ai rappelé plus haut, des critiques assez sérieuses avaient été faites contre les procédés antiques qui avaient cours dans cette partie de l'exploitation (Voir la note 5 à la fin de l'article).

VII. — Les conditions d'exploitation des stations thermales

Revenons maintenant à la question principale de ce travail, c'est-à-dire à la prétendue crise des eaux minérales en France. Nous venons de voir que pour l'une au moins de ces stations, celle de Vichy, les efforts ont été considérables, reste à savoir si ces efforts sont onéreux ou profitables, si, en un mot il y a crise à Vichy, puisque nous avons pris Vichy comme exemple (1). La note 3 (Voir aux Annexes) répondra en détail à cette question, elle montre que, depuis 1861 la progression a été constante et à peu près régulière. Le nombre des étrangers signalés à Vichy est à l'heure présente et depuis cinq ans de 65.000 à 70.000 par année. Or à Carlsbad, en 1896, le Bedeker signale un nombre de visiteurs de 30.000 à 40.000 par an. Je veux bien admettre que notre station de Vichy, grâce à sa situation centrale, entre de nombreuses lignes de chemin de fer, voie chaque année plus de simples passants que Carlsbad, j'admets que ce nombre soit de la moitié du total, on voit que je fais la part large; or, dans ces conditions très réduites, nous arrivons à égalité avec la grande station allemande, puisque la moitié de 70.000 donne 35.000. Je ne trouve donc pas là un signe de crise. La seule chose admissible c'est que Vichy ait perdu bon nombre de ses clients étrangers, mais, maintenant que les aménagements de tout genre répondent aux nécessités modernes les plus exigeantes, il est à présumer

(1) Remarquons que nous aurions pu prendre un autre exemple, car Vichy n'est pas la seule station prospère, il en existe d'autres, Aix par exemple, mais là aussi de grands efforts ont été faits, et l'on peut dire que partout où il y a eu effort réel le succès a répondu.

que cette clientèle reviendra, car le malade va partout où il sait qu'on s'occupera de lui sérieusement (Voir aux Documents annexes la note 3).

Mais, dira-t-on, vous citez un cas particulier, Vichy est administré, comme d'ailleurs toutes les stations de l'État, par une compagnie fermière, par une Société parasite qui prend et exporte tous les bénéfices. Si la commune elle-même administrait, toutes les ressources auraient été consacrées à l'amélioration de la station; c'est ce qui se fait en Allemagne, et c'est à cela que l'on doit l'immense succès des eaux minérales étrangères.

Rien de plus exact, je sais que ces idées ont été débattues au syndicat des eaux minérales par M. Albert Robin lui-même, qui est partisan de l'exploitation des eaux par la commune, qui demande avec tous les médecins la cure-taxe et qui voit avec déplaisir l'exploitation par des Sociétés. Je reconnais volontiers que le système allemand a fait ses preuves, qu'il paraît des plus logiques, mais je ne suis pas du tout convaincu que notre pays soit adapté à ce genre d'exploitation. Sur ce terrain je me trouve dominé par les théories économiques que j'ai acquises par l'expérience, et je suis sûr que notre directeur ne m'en voudra pas si j'hésite à accepter l'imitation de la manière de procéder de nos voisins.

A mon avis, le Français exploite mal quand il agit sous forme d'Etat ou de Commune, nous en avons mille exemples sous les yeux; chez nous, la politique prend partout une part prédominante, et je ne suis pas du tout certain que, le jour où une commune aurait l'exploitation de ses eaux, elle ne les ruinerait pas en perdant de vue la nécessité de la réussite. Est-on certain, par exemple, que les recettes seraient appliquées aux améliorations? Rien de moins

assuré, à mon avis. Je suis donc très sceptique sur la bonté du procédé.

Mais il y a autre chose à dire, l'époque nous montre que les seules entreprises qui réussissent sont celles qui groupent une grande quantité de capitaux administrés par des personnes intéressées à un succès pécuniaire. Voyez ce qui se passe pour le commerce, la tendance moderne est aux grands caravansérails et, de plus en plus, l'on marche vers la progression de cette forme de socialisme, car il ne faut pas perdre de vue que la prétendue tyrannie du capital n'est pas autre chose que la mise en pratique d'un véritable socialisme, les Sociétés remplaçant les personnalités. Je suis convaincu que l'avenir doit voir peu de stations, car il n'y a place que pour un petit nombre de villes d'eaux, en raison de l'immensité de l'effort à faire. Je crois donc que le siècle qui vient verra une ou deux villes s'outiller pour utiliser chaque genre d'eaux et que le succès appartiendra aux plus intelligents et aux plus osés. Mais pour cela il faut l'initiative de groupes intéressés et je doute beaucoup que des communes puissent réussir, mais je serais nonobstant heureux de voir l'expérience se faire, car dans un sens ou dans l'autre elle serait démonstrative.

Deux obstacles rendent difficiles l'exploitation communale, le premier et le plus grave c'est l'instabilité des fonctions. Je crois qu'un maire intelligent et dévoué réussirait, s'il avait le temps devant lui, mais nous voyons combien peu de temps un maire vraiment actif reste en fonction. Si ce magistrat a le maniement d'une grosse affaire, il lésera forcément beaucoup d'intérêts et verra soudain se lever une cabale. Dans ces conditions, comment une affaire commerciale prospérerait-elle? Le deuxième obstacle c'est la répugnance des hommes politiques à accepter la cure-taxe, répu-

gnance jugée impossible à vaincre, même par les partisans les plus fervents de ce système excellent. Ainsi, par exemple, à Vichy les buvettes sont gratuites, allez donc avec cela réclamer une cure-taxe, quand vous considérez la gratuité comme nécessaire pour l'usage de l'eau minérale?

Enfin, quelque puisse être notre opinion, force nous est bien de nous incliner devant la réalité et l'Etat a tranché la question en octroyant à la compagnie de Vichy un bail de trente années, moyennant des sacrifices dont le détail se trouve plus loin (voir Documents annexes, note 6). Pendant trente années à partir de 1904 l'avenir est fermé et nous sommes obligés de nous incliner, n'ayant plus qu'à souhaiter que la Société fermière réussisse, pour maintenir en pleine prospérité la perle des eaux minérales françaises.

Il y a, d'ailleurs, une chose que nous ne devons pas ignorer, c'est que les Allemands ont actuellement tendance à voir de très mauvais œil l'exploitation des industries par l'État ou les communes elles-mêmes et ce n'est pas pour moi le moindre de mes étonnements de voir que nous commençons à vouloir imiter nos voisins juste à l'instant où ils se rendent compte des inconvénients du système. Ainsi, l'on a pu voir dernièrement, dans le journal *le Temps*, un très remarquable travail sur la question des chemins de fer en Allemagne et, de cette étude, il ressort clairement que l'industrie allemande trouve notre organisation excellente et pousse au remplacement de l'État par des Compagnies intéressées; il n'est pas douteux, en effet, que nos Compagnies de transport donnent au commerce beaucoup plus de satisfactions que l'administration des fonctionnaires officiels, partout trop portés à traiter le public en *sujet* et non pas en *client* à ménager. Eh bien! c'est ce moment que nous choisissons en France pour pousser le parlement à faire le

rachat de nos chemins de fer ! Cette tendance vicieuse vient certainement d'une observation incomplète et superficielle du mouvement économique moderne, on confond les grandes sociétés industrielles avec l'État lui-même comme système, ne réfléchissant pas que le groupement de capitaux c'est le perfectionnement de l'individualisme, tandis que l'État c'est sa mort. Tout économiste vraiment instruit admet que le principe dirigeant qui fait la fortune des nations est le suivant : « L'État ne doit faire que ce qu'il est impossible à l'individu d'exécuter. » Or, qui dit individu dit en même temps collection d'individus intéressés et agissant pour un but bien déterminé. L'individu doit commercer, l'État doit simplement assurer la tranquillité et faire les routes, c'est-à-dire ce qui intéresse l'*ensemble des citoyens* d'un pays, mais il doit laisser ces citoyens faire tout ce qui est acte commercial C'est ce principe, qui a si bien réussi aux Américains, que nous ne devrions pas oublier.

Dans tous les cas, quel que soit le système d'exploitation préféré par les uns ou par les autres, un grand exemple est là sous nos yeux, qui démontre que les eaux minérales françaises ne sont pas aussi malades que l'on veut bien le dire : je ne crois pas à une crise des eaux thermales, ej constate que celles qui ont su se moderniser réussissent, il n'y a qu'à suivre cet exemple, partout où les chances sont sérieuses, le succès suivra fatalement.

Je compte, du reste, poursuivre cette étude : nous venons de voir ce qui a été obtenu par une grande compagnie mise par l'État en possession d'un admirable instrument, je voudrais maintenant prendre des exemples plus modestes et chercher un enseignement en faisant une critique impartiale des fautes commises ou des idées heureuses, en mettant en regard les résultats obtenus.

Pièces doumentaires annexes.

(1) L'établissement normal de 1re classe qui va être démoli comprend une centaine de cabines de bains, 4 grandes douches, 6 douches-massages, 6 douches ascendantes et 5 bains de vapeur avec 2 douches spéciales réservées à ce service.

Dans le nouvel établissement qui occupe une surface de plus de 16.000 mètres carrés dont plus de la moitié construite, le public aura à sa disposition :

164 cabines de bains dont 4 de luxe.
8 grandes douches avec déshabilloirs.
24 douches-massages.
32 douches ascendantes.
8 bains de vapeur.
1 service complet de pulvérisation d'eaux diverses, bains de pieds, douches auriculaires, nasales, lavages d'estomac, de varice, douches vaginales, bains d'acide carbonique, inhalations d'oxygène et d'acide carbonique.
1 service complet de mécanothérapie et massage manuel.
1 service d'électrothérapie complet.
1 service de gynécologie.
1 service complet médical, comprenant avec douchos spéciales et piscine un assortiment de tous les services spéciaux contenus dans l'établissement, bains de lumière, bain d'air chaud, douches ascendantes, etc., etc.

Le service mécanique de cet immense établissement est assuré par :

6 chaudières à vapeur de 90 mètres carrés de surface de chauffe avec réchauffeur spécial de l'eau d'alimentation.
10 pompes de 30 à 20 mètres cubes d'eau à l'heure.
1 machine à vapeur à condensation de 60 chevaux.
10 réservoirs métalliques de plus de 720.000 litres de capacité et une canalisation de 2.000 mètres de tuyaux assurent l'alimentation en eau froide, eau chaude et eau minérale de tous les services.

Chaque cabine de bains, comprend un vestiaire avec ameublement complet.

Les cabines de luxe communiquent directement à un salon spécial.

Dans le département des bains, le public aura à sa disposition

des baignoires, piscines individuelles, certaines disposées pour bains debout, d'autres munies de douches sous-marines et de douches en pluie.

De grands salons de repos seront répartis un peu partout.

Les grandes douches, seront à volonté froides ou mitigées. — A proximité 8 déshabilloirs par douche avec chambre chaude, une piscine d'eau froide et appareils pour douches en cercle ou bains de siège à eau courante.

De chaque côté, c'est-à-dire pour les dames et les hommes, une grande piscine d'eau chaude et une batterie de bains de pieds.

Les salles pour douches-massages sont par groupes de 3, chacun de ces groupes disposant de deux cabines avec lit de repos et 8 déshabilloirs.

Le service des douches ascendantes a été tout particulièrement soigné en raison de l'importance qu'il a pris dans les dernières années. Les douches peuvent être prises assis ou couché, le mélange se fait dans un réservoir, muni d'un thermomètre et dont la pression est régable à volonté. Le tout fonctionne sous les yeux du malade qui, à chaque instant, peut contrôler la température, la pression et la quantité de liquide absorbée.

(2) *Établissements actuels de 2e et 3e classes.* — L'établissement de 2e classe qui occupe en bâtiments seulement une surface totale de 3.400 mètres carrés contient :

110 cabinets de bains.
4 grandes douches avec déshabilloirs.
4 douches massages avec déshabilloirs.
10 douches ascendantes.
8 cabines de bain d'acide carbonique, 2 salles d'inhalation d'oxygène et d'acide carbonique, 1 bain électrique et 2 cabinets pour lavages d'estomac, formant dans cet établissement un service spécial fréquenté par les baigneurs de toutes classes. Il en est de même du pavillon des bains sulfureux dont l'accès a lieu par la grande galerie centrale de l'établissement de 2e classe et qui contient 8 cabinets de bains.

L'établissement de 3e classe qui a été reconstruit en 1898 contient :

64 cabinets de bains.
4 grandes douches et déshabilloirs.
4 douches ascendantes.

La surface bâtie est d'environ 1.100 mètres carrés.

Les locaux de cet établissement ont été établis sans luxe, mais avec la préoccupation constante de les inonder d'air et de lumière.

(2 *bis*) En plus des bains que nous venons de décrire, la station possède l'établissement des bains de l'hôpital qui comporte :

27 cabinets de bain de 1re classe.
12 cabinets de bains de 2e classe.
6 salles de douches avec deshabilloirs.
4 douches ascendantes.
1 piscine exclusivement réservée aux dames.

Cet établissement est alimenté par l'eau de la source de l'Hôpital et son service de chauffe et de distribution est fait par une installation mécanique spéciale, complètement indépendante de celle qui alimente les autres établissements de 1re, 2e et 3e classes.

(3) L'extension des services balnéaires à Vichy n'a fait que suivre, du reste la progression toujours croissante des baigneurs qui fréquentent la station. En 1862, le nombre d'étrangers n'était que de 17.401, il s'est élevé en 1898 a plus de 70.000.

Le tableau suivant permet de suivre cette progression d'année en année.

1861	16.044 étrangers.	1869	23.262 étrangers.
1862	17.401 —	1870	17.035 —
1863	19.625 —	1871	17.209 —
1864	20.673 —	1872	25.524 —
1865	19.092 —	1873	25.433 —
1866	21.357 —	1874	26.145 —
1867	20.599 —	1875	28.777 —
1868	22.939 —	1876	30.177 —

1877	28.065	étrangers.	1890	53.829	étrangers.
1878	30.838	—	1891	56.885	—
1879	33.805	—	1892	61.292	—
1880	37.067	—	1893	52.741	—
1881	40.078	—	1894	57.232	—
1882	42.602	—	1895	72.031	—
1883	43.551	—	1896	63.811	—
1884	36.675	—	1897	65.468	—
1885	46.538	—	1898	70.088	—
1886	45.867	—	1899	67.015	—
1887	48.755	—	1900	57.041	—
1888	50.125	—	1901	68.521	—
1889	51.774	—			

Le service de la gratuité a suivi une progression analogue. D'après le cahier des charges, la compagnie doit fournir chaque année à différentes catégories de fonctionnaires et de personnes peu fortunées un nombre de bains et douches gratuits égal au quart du nombre de bains et douches payants délivrés l'année précédente. De ce fait on a donné en 1900, 78.500 et en 1901, 80.622 bains ou douches.

Ajoutons, puisque nous parlons des charges spéciales qui incombent à la Compagnie en dehors de la redevance due à l'État, que le sou par bouteille que celle-ci paye à l'hospice, qui produisait 20.000 francs en 1854, a produit en 1901, à cet établissement plus de 226.000 francs. D'autre part, il a été payé à l'État par suite de la convention de 10 mars 1897, qui frappe d'un droit de 0,05 toutes les bouteilles d'eau exportées au delà de 10.000.000, la somme de 161.483 fr. 50 en 1901.

(4) *Exportation.* — La présente note renseignera sur les différentes opérations de l'embouteillage des eaux minérales à Vichy et sur les précautions prises pour éviter toutes causes de contamination.

Embouteillage de l'eau minérale à Vichy. — On prend un soin tout particulier du lavage des bouteilles. Dans ce but il a été créé à Vichy, dans le local des expéditions dit « gare d'emballage », une installation mécanique qui peut à juste titre passer pour le modèle du genre.

La préparation des bouteilles comprend trois opérations : le trempage, le lavage et le rinçage.

a) TREMPAGE. — Cette première opération se fait à proximité des magasins qui contiennent les bouteilles vides, magasins qui, par un embranchement spécial, sont en communication directe avec la ligne du P.-L.-M., en sorte que les bouteilles vides arrivent par wagons au centre même de la « gare d'emballage ».

Les roues à tremper sont de grands cylindres horizontaux portant sur toute la surface extérieure, perpendiculairement aux génératrices, des armatures creuses dans lesquelles on enfonce les goulots des bouteilles. Ces cylindres plongent dans des cuves remplies d'eau chaude acidulée et la vitesse de rotation est réglée de telle sorte que les bouteilles restent immergées pendant vingt minutes et sont soumises à l'égouttage pendant 10 autres minutes.

b) LAVAGE. — A la sortie des roues à tremper, les bouteilles sont portées directement aux machines à laver (système Poitevin), qui sont installées dans le même atelier. Dans ces appareils les bouteilles reçoivent intérieurement des jets d'eau très fins sous la pression de 65 kilos par centimètre carré qui, par un système de mouvements combinés de rotation et de translation, balayent tous les points de la paroi intérieure des bouteilles. — Pour ce lavage sous pression, il n'est pas fait emploi de l'eau de l'Allier, mais bien d'une eau de source, d'une pureté absolue qu'une canalisation spéciale de plusieurs centaines de mètres envoie directement dans les pompes de compression.

c) RINÇAGE. — Après le lavage, les bouteilles sont mises dans des casiers, les goulots renversés, puis transportées sur des camions recouverts de bâches aux différentes sources où avant d'être remplies elles sont soumises à un dernier rinçage spécial à l'eau stérilisée. Cette eau stérilisée est produite dans un appareil à vapeur sous pression qui la chauffe à 120°. Elle est ensuite refroidie à une température voisine de celle de l'eau minérale de la source, puis conduite sous des jets où elle a encore 2 kilos de

pression. Toutes les bouteilles sont présentées sous ces jets immédiatement avant d'être remplies d'eau minérale.

d) Embouteillage. — Il y a un atelier d'embouteillage spécial pour chaque groupe de sources, nous n'en décrirons qu'un, celui qui vient d'être récemment construit en bordure de l'avenue Victoria et dans lequel on embouteille les eaux des sources Grande Grille et Hôpital.

L'eau minérale arrive dans cet atelier par des conduites étamées qui sont branchées directement sur les griffons des sources, sans aucun intermédiaire d'aucune sorte.

L'atelier lui-même comprend deux parties distinctes et entièrement séparées, l'une de déchargement des bouteilles vides, et de chargement des bouteilles pleines, l'autre partie, en contrebas du sol et qui constitue l'embouteillage proprement dit, est reliée à la première par des monte-charges mécaniques à mouvement continu.

L'eau minérale canalisée comme nous venons de le dire arrive par charge naturelle dans des tireuses hermétiquement closes qui envoient dans les bouteilles qui leur sont présentées juste la quantité d'eau nécessaire au remplissage. La bouteille pleine est prise par un ouvrier qui la présente sous la boucheuse, laquelle amène un bouchon au-dessus du goulot et l'enfonce mécaniquement.

Les bouchons, après marquage, sont stérilisés dans un local spécial et apportés aux embouteillages dans de grandes boîtes métalliques. Avant d'être employés, ces bouchons sont soumis pendant quelques minutes, dans un cylindre rotatif, à l'action de la vapeur, puis ils sont versés dans les trémies des machines à boucher. Toutes ces manipulations, y compris le bouchage, sont faites sans que les ouvriers aient à toucher les bouchons avec les mains.

Voici, d'autre part, quelques chiffres qui renseigneront sur l'importance de cette branche de l'exploitation et sur l'accroissement qu'elle a subi.

En 1861 le nombre	de bouteilles	exportées	était de	1.193.073
1862	—	—	—	1.311.795
1863	—	—	—	1.502.940
1864	—	—	—	1.678.400
1865	—	—	—	1.933.672
1866	—	—	—	2.064.919
1867	—	—	—	2.011.808
1868	—	—	—	2.416.906
1869	—	—	—	2.456.357
1870	—	—	—	2.159.495
1871	—	—	—	2.222.234
1872	—	—	—	2.767.701
1873	—	—	—	2.901.043
1874	—	—	—	2.887.629
1875	—	—	—	3.276.944
1876	—	—	—	3.408.098
1877	—	—	—	3.461.410
1878	—	—	—	3.399.437
1879	—	—	—	3.696.307
1880	—	—	—	4.035.088
1881	—	—	—	4.519.285
1882	—	—	—	5.070.685
1883	—	—	—	5.366.209
1884	—	—	—	5.745.601
1885	—	—	—	5.794.675
1886	—	—	—	6.212.394
1887	—	—	—	6.633.029
1888	—	—	—	6.828.278
1889	—	—	—	7.028.536
1890	—	—	—	7.349.147
1891	—	—	—	7.722.521
1892	—	—	—	8.253.582
1893	—	—	—	8.276.508
1894	—	—	—	8.609.768
1895	—	—	—	9.716.118
1896	—	—	—	10.331.229
1897	—	—	—	11.301.462
1898	—	—	—	11.636.403
1899	—	—	—	13.606.400
1900	—	—	—	14.197.213
1901	—	—	—	14.255.375

(5) *Pastillerie.* — Pendant fort longtemps les sels extraits des eaux minérales de Vichy ont été fournis par évaporation à feu nu dans de larges chaudières étagées. La concentration amenée à degré voulu, les eaux concentrées étaient conduites dans de

grands bassins en pierre dits cristallisoirs dans lesquels se séparaient par refroidissement des cristaux qui, séchés puis saturés d'acide carbonique, fournissaient le sel naturel de Vichy pour boisson. Le traitement des eaux mères évaporées à siccité, fournissait le sel pour bains.

Cette manière d'opérer était longue, encombrante et ne pouvait plus suffire aux besoins toujours plus grands de la vente. On y a substitué depuis quelques années les appareils d'évaporation les plus perfectionnés, qui permettent d'extraire économiquement toute la quantité de sel dont on peut avoir besoin.

L'atelier dispose, pour cela, de deux appareils Gargan à six effets, pouvant évaporer chacun 2.500 litres d'eau à l'heure. Les eaux concentrées dans ces appareils à 10 à 15 degrés Baumé sont reprises dans un appareil de précipitation à double effet, qui provoque la séparation complète de tous les sels contenus dans l'eau concentrée. Ces sels sont séchés puis soumis à la bicarbonatation dans des chambres closes où circule constamment un courant de gaz carbonique que des ventilateurs vont prendre aux sources Chomel et Grande-Grille. La bicarbonatation déplaçant un équivalent d'eau, les sels sont séchés à nouveau, puis pulvérisés, tamisés et réduits un mot en poudre impalpable.

Ce sont ces sels qui servent pour boisson et qui entrent dans la composition des pastilles Vichy-État.

Voici quelques chiffres qui fixeront sur l'importance de la fabrication du sel de Vichy et sur le développement qu'elle a prise dans ces dernières années.

En 1861	on fabriquait	5.073	kilogr. de sels.
1862	—	12.571	—
1863	—	11.794	—
1864	—	11.483	—
1865	—	13.991	—
1866	—	14.125	—
1867	—	11.470	—
1868	—	11.824	—
1869	—	12.793	—
1870	—	8.174	—
1871	—	10.208	—

1872	on fabriquait	11.015	kilogr. de sels.
1873	—	13.137	—
1874	—	11.492	—
1875	—	17.792	—
1876	—	14.719	—
1877	—	11.521	—
1878	—	13.454	—
1879	—	15.834	—
1880	—	14.535	—
1881	—	14.238	—
1882	—	17.045	—
1883	—	18.242	—
1884	—	14.070	—
1885	—	19.371	—
1886	—	19.536	—
1887	—	18.410	—
1888	—	19.422	—
1889	—	19.572	—
1890	—	19.932	—
1891	—	21.127	—
1892	—	19.960	—
1893	—	23.217	—
1894	—	24.581	—
1895	—	37.789	—
1896	—	50.031	—
1897	—	56.983	—
1898	—	56.312	—
1899	—	83.899	—
1900	—	51.543	—
1901	—	89.599	—

(6) *Charges nouvelles et anciennes.* — La Compagnie, d'après son ancien contrat, ne devait à l'État qu'une redevance annuelle de 100.000 francs, à partir de 1904 cette redevance sera portée à 1.000.000.

La nouvelle convention lui impose, en plus des charges que nous avons énumérées dans le cours de ce travail, l'obligation de faire 9.500.000 francs de travaux, dont la moitié seulement lui sera remboursée par l'État en 30 semestrialités. Cette somme a été consacrée à la construction de l'établissement de 3e classe, à des transformations faites aux 2es classes, à l'établissement des galeries du parc, à la construction du théâtre et à la transformation du casino et des anciens terrains de l'hôpital; à la cons-

truction de l'établissement thermal de 1re classe, enfin à l'édification du *Trink-Hall* sur l'établissement actuel.

Enfin pour en finir avec l'énumeration des charges qui incombent à la Compagnie, disons qu'elle doit assurer l'entretien des routes, parcs et serres de l'État, ce qui représente une dépense annuelle d'environ 33.000 francs, et que de plus elle doit servir à la ville de Vichy une annuité de 50.000 francs pour les travaux d'assainissement et de construction d'égouts reconnus nécessaires pour assurer la salubrité de la station thermale.

(7) *Travaux et embellissements de la station.* — Ainsi que nous venons de l'exposer, la ville de Vichy s'est engagée à transformer entièrement sa distribution d'eau et à créer un réseau complet d'égouts. Ce programme est en voie d'exécution et il sera entièrement rempli sinon pour l'ouverture de la saison prochaine, tout au moins pour celle de 1904.

La ville se préoccupe très vivement de l'amélioration de la viabilité de ses rues et de créer dans les environs immédiats de Vichy des centres attractifs de promenades. C'est ainsi qu'elle se proposé de prolonger en aval et en amont la belle ligne de quais de l'Allier et de constituer une large avenue de 40 mètres partant du barrage et allant aboutir au pont Bautiron. Cette allée, bordée d'arbres, serait la continuation des magnifiques parcs de l'Allier.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général est de date toute récente. Les premiers essais remontent à 1898. Ils ont été faits à la clinique de von Hacker, à Inspruck. Depuis, quelques rares

chirurgiens ont essayé d'utiliser cet anesthésique, néanmoins son usage est encore fort peu répandu. M. A. Malherbe (*Congrès de Chirurgie*, 1901) a essayé de rendre cette technique à la fois simple et facile.

Il se sert d'une compresse pliée en quatre épaisseurs, tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée, de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation sur laquelle on dirige le jet de deux tubes de chlorure d'éthyle, tubes qui servent ordinairement à l'anesthésie locale. Suivant l'âge, de 2 à 3 grammes de liquide suffisent. Grâce à ce moyen, l'évaporation est presque nulle. Sans perdre de temps, le malade étant couché dans le décubitus dorsal, on applique la compresse, toujours disposée en cornet et recouverte par la face palmaire de la main droite, sur le nez et la bouche du patient en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche on maintient la tête et la mâchoire inférieure. *Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air*. Lorsque les malades font de grandes inspirations ou lorsqu'ils poussent des cris, comme cela arrive chez les enfants, ils sont parfois sidérés avec une rapidité étonnante : dix à quinze secondes. Il arrive que certains malades retiennent leur respiration pendant quelques secondes; il suffit alors de soulever légèrement, puis de réappliquer aussitôt la compresse, pour les voir immédiatement faire une inspiration profonde, suivie d'autres inspirations régulières, et, en une vingtaine de secondes, l'anesthésie est complète, sans qu'il soit nécessaire de recourir jamais à d'autre quantité de liquide. L'agitation manque souvent, ou elle se manifeste par quelques mouvements de défense qui durent, d'ailleurs, très peu de temps. Cette agitation s'observe surtout chez les nerveux et les alcooliques.

Celle-ci est caractérisée par la *résolution musculaire*, qui, avec le chlorure, n'est pas précédée d'une période de contracture; puis par le *rythme respiratoire*, qui est *régulier*, s'accompagne quelquefois d'un léger ronflement. Enfin, la main qui recouvre la compresse éprouve la *sensation d'une évaporation froide* qui, chassée par l'expiration, vient passer entre les espaces digitaux. Ces

trois signes sont, suivant nous, pathognomoniques de la narcose complète.

La face reste, la plupart du temps normale ; parfois elle se congestionne légèrement, en même temps que les conjonctives s'injectent. La pupille est un peu dilatée et les yeux, insensibles au toucher, se convulsent souvent en haut. Quand on soulève un des membres et qu'on l'abandonne, il retombe inerte ; le malade est dans la résolution musculaire. C'est ce moment que nous utilisons pour nos interventions.

Si l'opération est un peu longue, et pour éviter le réveil, on ne doit pas hésiter à verser de nouveau sur la compresse, de la même façon que la première fois, une nouvelle quantité de chlorure d'éthyle (2 grammes environ), et même une troisième et une quatrième fois, si cela est nécessaire. En espaçant ainsi les doses toutes les quatre ou cinq minutes, on atteint à peine 15 grammes de liquide et on a largement le temps de pratiquer un grand nombre de petites opérations puisque les malades restent ainsi insensibles pendant cinq, dix, quinze et vingt minutes. Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'opérations devant durer un certain temps, dès que le malade est dans la résolution, il faut remplacer la compresse de chlorure par une autre compresse, sur laquelle on a versé du chloroforme, et l'appliquer vivement sur le nez et la bouche du patient sans lui laisser respirer d'air. On continue ensuite la narcose au chloroforme par le procédé des petites doses, sans air. L'effet de cet anesthésique se substitue, dans ces conditions, sans réaction appréciable du malade, à l'effet du chlorure d'éthyle. Les avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, administré par ce procédé, sont des plus manifestes. C'est d'abord la ***simplicité***, puisque, sans appareils spéciaux, plus ou moins encombrants et malpropres, il suffit d'une simple compresse et de quelques tubes de chlorure d'éthyle — ceux-là même qui servent à l'anesthésie locale — pour provoquer une narcose susceptible de permettre un grand nombre d'interventions de courte durée. Puis, c'est l'***innocuité absolue*** par suite de la quantité vraiment minime de liquide nécessaire à cette

anesthésie. Chez les enfants, avec deux tubes de 10 grammes, on pratique facilement six opérations. Enfin, c'est la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose entièrement inoffensive et permettant les opérations les plus douloureuses.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement de l'hépatisme paludéen (Lemanski, *Bull. de l'hôp. fr. de Tunis*). — Dans le syndrome clinique complexe qui forme l'hépatisme paludéen, M. Lemanski (de Tunis) conseille le traitement suivant.

En premier lieu, il faut absolument imposer aux malades la suppression complète et radicale de l'alcool sous toutes ses formes.

Cette condition de traitement est primordiale, car la plupart des paludéens sont des éthyliques atteints de cet alcoolisme insidieux, si bien décrit récemment par M. Glenard.

Les alcalins, le quinquina et l'arsenic sont les principaux éléments de l'intervention thérapeutique.

Cacodylate de soude	0 gr. 01
Poudre de quinquina	0 » 50
Bicarbonate de soude	0 » 50

Pour un cachet, trois par jour.

On se trouve encore bien de la méthode des purgatifs fréquents d'après la formule suivante;

Calomel	0 gr. 80
Cascara	0 » 60
Rhubarbe	0 » 60
Belladone	0 » 50

Pour trois cachets à prendre le matin à jeun, de quart d'heure en quart d'heure, tous les huit jours.

L'hydrothérapie sera indiquée dans tous les cas, mais devra faire l'objet, de la part de médecin, d'un soin spécial.

Il faut prescrire, chez les sujets nerveux ou impressionnables, la douche chaude en pluie, courte, progressivement refroidie, chaque jour.

Si le foie n'est pas trop douloureux, douche locale hépatique avec appareil spécial ; jet froid sur les jambes, mais jamais sur l'abdomen. Deux douches par jour sont nécessaires. La douche hépatique doit être froide, excessivement courte, ou encore alternativement chaude et froide. Il est très important que la percussion sur cet organe ne soit pas trop violente. Elle sera suivie de la douche générale.

Un très bon adjuvant à ce traitement général sera l'opothérapie hépatique qui se prescrit de la façon suivante : Chaque jour le malade prendra à un de ses repas 30 à 100 grammes de foie de veau cuit.

Traitement de la diarrhée chronique (*enfant cachectique de 8 à 10 mois*) (Labric et Dauchez). — 1° Mettre, sauf empêchement majeur, l'enfant au sein d'une bonne nourrice, dont le lait corresponde si possible à l'âge de l'enfant. — Tétées de 60 gr. toutes les deux heures et peu à peu de 80 à 90 grammes. — Sinon, lait maternisé ou stérilisé à défaut de lait *très frais.*

2° Aux heures des tétées, on donnera une cuillerée à café de la potion suivante :

Eau de chaux médicinale.	40 gr.
Sous-nitrate de bismuth..................	1 »
Sirop de grande consoude...............	10 »

3° Ou l'une des prises suivantes (Labric) :

Phosphate de chaux.......	ãã 2 gr.
Carbonate de chaux..................	
Carbonate de magnésie...............	
S.-nitrate de bismuth.................	4 »

M. s. a. et diviser en dix doses. — 4 à 6 par jour sur la langue au moment des tétées.

4° Badigeonnage de teinture d'iode tous les quatre jours sur le bas-ventre, suivi d'enveloppement ouaté.

5° Lavement d'eau gommée (3 à 500 gr.) pour laver l'intestin, tous les jours alternativement avec des lavements d'eau de son amidonnée.

6° Si la diarrhée persiste, purger *légèrement* l'enfant tous les quatre ou cinq jours et donner dans l'intervalle trois ou quatre cuillerées à café du sirop suivant dans les 24 heures.

Potion :

Sirop de quinquina....................	100 gr.
Diascordium..........................	1 »
Tanin................	0 » 50
Sulfate neutre de quinine...........	0 » 50

7° En cas d'insuccès, si la diarrhée est liée à une intoxication palustre, on prescrira le chlorhydrate de quinine en suppositoire, pour accélérer l'absorption (J. Simon), à dose de 0 gr. 25 par suppositoire.

8° Si la diarrhée est dysentériforme on donnera simultanément trois des paquets suivants, espacés en dehors des tétées légèrement réduites :

Ipécacuanha pulvér....................	0 gr. 10
Calomel à la vapeur....................	0 » 03

M. s. a. et div. en trois prises.

9° Le sevrage n'aura lieu que tardivement et progressivement au printemps, en été ou en automne, en dehors des périodes de dentition.

Maladies des enfants

Traitement médical des végétations adénoïdes. — M. le Dr Cuvillier a consacré dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, un article très complet relatif au traitement des végétations adénoïdes. Nous en extrayons ce qui concerne le traitement médicamenteux.

Ce traitement comprend principalement les instillations mé-

dicamenteuses, les aspirations de pommades, les insufflations de poudres médicamenteuses auxquelles on peut ajouter, dans certains cas, les irrigations nasales.

Comme huile médicamenteuse, on prescrira de préférence l'*huile mentholée* au 1/50. Les propriétés antiseptiques et décongestives du menthol en font le médicament de choix dans les inflammations catarrhales des muqueuses des voies respiratoires supérieures. On se sert d'une petite seringue de la contenance de 1 cc., munie d'une canule nasale arrondie, de manière à éviter de blesser l'enfant s'il remue ; — et l'enfant étant couché ou la tête légèrement rejetée en arrière, on instille dans chaque narine quelques gouttes à 1/2 cc. de la solution, — avec une force suffisante pour qu'elle pénètre jusque dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Dans certains cas, chez les jeunes enfants, l'huile mentholée, un peu piquante, est mal tolérée. On la remplacera alors par l'*huile résorcinée*, qui a donné aussi de bons résultats. La meilleure préparation est :

Résorcine..............................	1 gr.
Huile d'olive stérilisée..................	25 »

On injecte la même quantité que d'huile mentholée.

Les instillations doivent se faire 2 *ou* 3 *fois par jour.*

Comme pommade, on prescrira la *vaseline boriquée simple*, ou mieux la *pommade mentholée* 2 à 3 fois par jour, on fera *aspirer fortement* dans chaque narine, en bouchant l'autre narine, gros comme une noisette de :

Menthol..................	0 gr. 1 à 0 gr. 10
Acide borique.............	4 »
Vaseline neutre...........	20 »

Pour donner, si on veut, plus de consistance, on pourra prescrire au lieu de la vaseline :

Huile d'amandes douces.................	20 gr.
Blanc de baleine........................	Q. S.

(pour consistance semi-solide).

Comme poudre, on insufflera, avec les lance-poudres ordinaires, des poudres à base de menthol ou de camphre.

Menthol		0 gr. 10
Acide borique	àà	5 »
Talc		

ou :

Camphre	àà	5 gr.
Acide borique ou bismuth		

Les *irrigations nasales* peuvent être prescrites séparément ou simultanément avec le traitement précédent.

Pendant longtemps, les irrigations nasales ont constitué, — chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, — la seule médication des maladies du nez et de l'arrière-nez.

Mais, pour que les irrigations nasales puissent être utilisées, il faut que la circulation du liquide se fassent librement, aussi bien dans les méats inférieurs que dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

C'est là une condition indispensable pour qu'elles réussissent.

Gynécologie et obstétrique.

Traitement des ménorrhagies. — Lorsque les règles sont très abondantes, profuses, et qu'elles affaiblissent la malade, il est indiqué de les arrêter par l'administration de divers agents hémostatiques; à ceux-ci d'ailleurs il faut toujours ajouter le traitement local, repos au lit, injections très chaudes répétées.

L'ergot sera employé sous toutes ses formes : on pourra l'administrer en pilules suivant la formule :

Poudre d'ergot de seigle	3 gr.
Poudre de feuilles de digitale	1 »

Pour 20 pilules : 4 par jour.

en potion avec :

Teinture d'ergot	àà	2 gr.
— de haschich		
Sirop de cachou	àà	60 gr.
Eau distillée		

Par cuillerée à bouche toutes les heures.

L'ergotine en injection sous-cutanée agira plus vite :

Ergotine	1 gr.
Eau distillée	15 »

Une ou deux seringues de Pravaz.

Ou bien :

Ergotine	1 gr.
Eau de laurier-cerise	5 »

Injecter XV à XX gouttes.

On pourra aussi employer l'ergotinine :

Chlorhydrate d'ergotinine	0 gr. 01
Eau distillée	10 »

Une demi-seringue de Pravaz toutes les heures jusqu'à arrêt complet de l'hémorragie.

L'hamamelis virginica, seul ou associé à l'ergot, à l'extrait de chanvre indien, est un bon hémostatique ; on pourra le donner d'après la formule suivante, conseillée par M. Cornet.

Ergotine	4 gr.
Extrait d'hamamelis	5 »
Extrait de chanvre indien	1 »
Sirop de ratanhia	30 »
Eau distillée	120 »

Par cuillerée à dessert toutes les deux heures.

L'hydrastis canadensis pourra être administré sous forme de teinture alcoolique (XX à XXX gouttes par jour), ou d'extrait fluide d'hydrastis (LX gouttes en trois fois dans la journée).

Voici une bonne formule :

Teinture d'hydrastis	2 gr.
— de cannelle	10 »
Extrait thébaïque	0 » 10
Sirop d'oranges amères	30 »
Eau distillée	100 »

Par cuillerée à bouche toutes les heures.

Enfin, et *ad libitum*, eau de Léchelle.

Lors d'anémie marquée il faudra recourir aux injections sous-cutanées de sérum artificiel et instituer un traitement tonique.

Maladies de la peau

Traitement du lichen pilaire. — Tous les médecins connaissent cette affection, non dangereuse par elle-même, mais désagréable surtout pour les dames qui tiennent à la beauté et à la fraîcheur de leur peau. Le lichen pilaire qui donne assez bien à cette dernière l'aspect et la sensation d'une rape quand on la touche, est caractérisée par la formation au niveau des orifices folliculaires de petits cônes cornés, recouvrant un poil follet enroulé sur lui-même que l'on aperçoit après avoir enlevé la masse cornée par le grattage.

Dans les cas légers, on fera ramollir les grains cornés à l'aide de savon noir ou de savon salicylé, on les enlèvera mécaniquement au moyen de frictions à la poudre de marbre plus ou moins fine ou au savon ponce. Pour combattre le léger degré d'inflammation qui peut exister, on prescrira d'après Leistikow, soit une pâte de zinc résorcinée à 3 ou 5 p. 100, soit une pâte de zinc soufrée ou la poudre suivante :

Soufre précipité	ãã 5 gr.
Terre fossile	
Talc de Venise	

Saafelt recommande des pommades au soufre, au naphtol, à l'acide chrysophanique, ou encore l'une des pommades suivantes :

Soufre précipité	15 gr.
Savon de potasse	ãã 30 »
Axonge	
Pierre ponce pulvérisée	16 »

ou :

Lanoline	ãã 50 gr.
Axonge	
Savon de potasse	
Naphtol	15 »
Craie blanche	10 »

On traitera les phénomènes d'irritation avec de la colle de zinc à l'ichtyol ou de la mousseline pommade au zinc et à l'ichtyol.

Brocq conseille les pommades à l'acide salicylique, des emplâtres pyrogalliques, salicylés et résorcinés.

Le glycérolé tartrique a ses partisans.

Glycérolé d'amidon neutre..............	100 gr.
Acide tartrique..........................	5 »

De même, le glycérolé cadique.

On devra de même instituer un traitement général, arsenical de préférence. (*Journ. des Praticiens*, 29 juin 1901.)

NOUVELLES

Cours de Thérapeutique pratique de vacances

Pendant la période de vacances aura lieu, au Laboratoire de Thérapeutique, sous la direction de M. le professeur A. GILBERT, un Cours de Thérapeutique pratique.

Ce Cours aura pour objet : l'Art de prescrire, la Préparation des principaux médicaments, les Nouvelles médications.

Les conférences commenceront le 15 septembre et auront lieu tous les jours à 4 heures.

Le cours comprendra 14 leçons.

Elles seront faites les lundi, mercredi et vendredi, par M. le Dr A. CHASSEVANT, agrégé de la Faculté; les mardi, jeudi et samedi, par M. le Dr P. CARNOT, chef du Laboratoire.

PROGRAMME DU COURS

M. A. CHASSEVANT, 7 *leçons* : 15, 17, 19, 22, 24, 26, 29 *septembre*.

1re et 2e *Leçons*. — Principaux médicaments; leurs divers modes de préparation : Médicaments chimiques, galéniques, officinaux, magistraux.

3e *Leçon*. — Comment composer une formule magistrale. Associations médicamenteuses. Incompatibilités.

4e *Leçon*. — Posologie des divers principes actifs : doses thérapeutiques, doses toxiques.

5e *Leçon*. — Modes et voies d'absorption des médicaments. Action dans l'organisme. Voies d'élimination.

6e *Leçon*. — Nouvelles acquisitions de la matière médicale.

7e *Leçon*. — Les régimes alimentaires. Ration d'entretien des malades.

M. P. CARNOT, 6 *leçons* : 16, 18, 20, 23, 25, 27 *septembre*.

1re *Leçon*. — Les nouvelles médications antiinfectieuses spécifiques.

2e *Leçon*. — Les nouvelles médications antiinfectieuses non spécifiques.

3e *Leçon*. — Les nouvelles médications hypnotiques et analgésiques.

4e *Leçon*. — Les nouvelles médications calmantes, dynamogéniques antithermiques.

5e *Leçon*. — Les nouvelles médications cardiovasculaires.

6e *Leçon*. — Les nouvelles médications glandulaires.

La conférence du mardi 30 septembre sera faite par M. le professeur A. Gilbert, qui traitera : *l'Art de prescrire*.

Le montant des droits à verser pour le cours est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au Cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



Moyen de différencier le lait cru du lait bouilli. — Ancienneté de l'hémostase par la gélatine. — Greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Ténon. — Psychose de Korsakoff. — Singulier cas d'intoxication saturnine. — Contre le cancer.

Il est souvent d'un réel intérêt de savoir si un lait a été bouilli ou s'il est cru. M. Nocard a indiqué à l'Académie le moyen d'être fixé à ce sujet. Dans 10 cc. de lait on ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée et II à III gouttes d'une solution de paraphénylènediamine à 2 p. 100 fraîchement préparée. Si le lait n'a pas été chauffé, il prend immédiatement une coloration gris bleuâtre qui vire promptement au bleu indigo foncé. Le lait reste blanc s'il a été porté à une température supérieure à 80°. C'est le procédé de Sterch, usité en Danemark.

En voici un autre, indiqué par le *Chemisches Centralblatt.* A une certaine quantité de lait on ajoute I ou II gouttes d'eau oxygénée, puis une petite proportion d'une solution d'amidon, contenant 2 p. 100 d'iodure de potassium.

Si le lait est cru, il se colore en bleu foncé, l'iode étant mis en liberté. Si le lait a été bouilli, la coloration bleue ne se produit pas.

*
* *

C'est bien le cas de rappeler que rien n'est nouveau sous le soleil puisque un médecin japonais le Dr Mirva, au dire de la *Médecine moderne*, aurait trouvé dans le *San-Han-Ron*, célèbre traité médical écrit par un médecin chinois, Kirn-Kyun-Kyou, 204 ans environ avant l'ère chrétienne, une description complète des propriétés hémostatiques de la gélatine contre toutes les variétés d'hémorragie. Et M. Mirva ajoute que le fait était bien connu aussi des médecins japonais. On en trouve la preuve dans de nombreux écrits postérieurs à cette date.

On employait d'ordinaire la gélatine en solution, mais les insufflations de gélatine pulvérisée étaient aussi recommandées contre l'épistaxis.

Dans les hémorragies internes, l'usage de la gélatine était habituellement combiné à celui des végéteux astringents.

*
* *

Pour constituer un moignon convenant au port d'un œil artificiel, M. Lagrange (de Bordeaux) a eu l'idée de tenter la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon. Les 4 muscles droits ont été ramenés au-devant de l'œil implanté et la conjonctive suturée à points séparés. L'œil de lapin s'est un peu résorbé, mais n'a point été réduit même au tiers de son volume et l'on sent sur la malade présentée à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, qu'il existe au toucher une masse très nettement perceptible à l'intérieur de la capsule.

M. Lagrange n'a pas eu recours à la paraffine, si en faveur à l'heure actuelle, parce qu'il tenait avant tout à être éclairé sur la valeur de son procédé et qu'il s'est demandé si la paraffine ne pourrait pas déterminer les mêmes accidents que les corps étrangers, l'œil de lapin étant, lui, un corps organisé.

*
* *

Les deux cas de *psychose de Korsakoff* communiqués à la *Société médicale d'Heidelberg*, par M. Gaupp, il y a quelques mois constituent une nouvelle contribution à l'étude des méfaits de l'alcool.

L'un de ces cas a trait à une femme de 46 ans, fille d'un cabaretier, qui dès sa jeunesse avait contracté l'habitude de boire. En janvier 1902, a été prise d'un délire alcoolique atypique qui, peu à peu, passa à l'état chronique et revêtit les apparences du syndrome de Korsakoff : affaiblissement de l'attention, troubles dans la notion du temps et de l'espace, amnésie rétrograde portant sur les événements postérieurs à l'époque de sa jeunesse, euphonie et bonne humeur. En fait de symptômes objectifs, on trouvait chez elle les symptômes de polynévrite diffuse, une tuberculose pulmonaire, tous les signes d'une cachexie progressive.

Le second cas se rapporte à un homme de 48 ans, alcoolique avéré depuis son jeune âge, chez lequel le syndrome de Korsakoff existait sans polynévrite. Chez lui aussi, le syndrome en question s'est développé à la suite d'un accès de délire alcoolique atypique, dont l'évolution fut compliquée par une polieucéphalite hémorragique aiguë. En août 1901, l'ensemble de troubles psychiques avait, chez lui, les mêmes caractères que chez la malade précédente. Plus tard, la notion du temps et de l'espace, ainsi que la faculté d'attention, s'améliorèrent dans une grande mesure, mais l'amnésie rétrograde persista, si bien que le malade ne se rappelle aucun événement des vingt dernières années.

*
* *

Un ouvrier, employé au nettoyage par grattage de la surface externe des moules ou « cellules » servant à la fabrication de la glace artificielle a présenté à MM. L. Renon et E. Géraudel les

lignes d'une intoxication saturnine typique caractérisée par une colique de plomb et le liséré de Burton. Les accidents débutèrent douze jours après le commencement du travail, qui dégageait une grande quantité de poussières : sur huit camarades de ce malade, employés au même travail, sept furent atteints de la même façon et dans le même temps.

Une analyse très soigneuse des poussières dégagées par ce grattage a démontré la présence unique du plomb et du fer dans leur constitution.

∴

On a pu lire dans le *Rappel* :

« Une des illustrations de la Faculté de Copenhague M. le professeur Howitz, prétend avoir découvert une nouvelle méthode de traitement avec laquelle on obtiendrait la guérison radicale du cancer. Son procédé est très simple, on injecte de l'éthyle de chlore ou de l'anéthyle dans la partie affectée; l'injection produit une action réfrigérante. La température peut être abaissée jusqu'à 60 degrés au-dessous de zéro et ce froid tue l'élément pathogénique. Jusqu'ici le procédé a été employé dans 34 cas et toujours le résultat a été excellent. »

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Etat actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1),

par les Drs R. Picou et A. Bolognesi,
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

Depuis la date mémorable (2) où le professeur Dieulafoy disait à la tribune de l'Académie de médecine qu'il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite, des discussions sans nombre touchant la thérapeutique de cette affection ont eu lieu entre les plus grands maîtres de la médecine et de la chirurgie contemporaines, au sein de toutes leurs réunions savantes; et, il faut malheureusement bien l'avouer, l'accord parfait sur cette question nous paraît encore loin d'être réalisé. Cela dépend en grande partie de la complexité extrêmement variable des cas qui se présentent au clinicien, complexité qui tient non seulement à la cause et à l'évolution de chaque cas pris isolément, mais encore à une foule

---

(1) La question de l'*Appendicite* est une des plus graves de la thérapeutique médico-chirurgicale. Maintenant que de nombreux faits et de nombreux documents ont été publiés, il est possible de faire une *Revue critique* complète de ce sujet important. Nous avons donc demandé à MM. Bolognesi et Picou un travail d'ensemble très sérieusement établi. Ce travail est forcément très étendu et dépasse certainement les dimensions des articles ordinaires, mais il est très bien rédigé, très complet, et les lecteurs en tireront le meilleur profit. (*Note de la rédaction.*)

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 16 mars 1896.

d'autres circonstances sur lesquelles l'avenir seul nous éclairera, lorsque l'appendicite nous sera mieux connue à tous les points de vue. Une réaction générale s'est d'ailleurs produite contre l'opinion par trop exclusive du professeur Dieulafoy, et, à l'heure actuelle, l'unité thérapeutique que ce savant maître voulait introduire dans l'affection qui nous occupe, semble battue en brèche par un grand nombre de médecins. L'assertion de Dieulafoy qu'il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite trouva d'ailleurs, dès le début, des contradicteurs éloquents même parmi les plus habiles opérateurs, dont les statistiques prouvent surabondamment qu'on peut, par les moyens médicaux, guérir un grand nombre de cas. Il existe donc un traitement médical de l'appendicite qui suffit la plupart du temps à sauver les malades qui en sont atteints ; mais ce traitement n'est pas toujours indiqué : il y a des malades dont la situation exige une intervention prompte, comme il y en a qui, guéris une première fois par le traitement médical et sous le coup de la menace de récidive sans fin, de plus en plus graves, ne sauraient guérir définitivement sans une opération radicale. Il appartient donc au clinicien dont l'attention devra toujours être tenue en éveil, de décider, après avoir nettement débrouillé la situation de son malade, quel est le meilleur traitement qui convient dans la circonstance, si le traitement médical, appliqué dès le début dans une première atteinte, sera suffisant jusqu'à la fin, si le traitement médical doit être abandonné pour une intervention opératoire immédiate ou prochaine, ou bien si l'intervention réclame l'urgence avant même la tentative de toute espèce de traitement médical. Comme nous le faisions pressentir il y a un instant, la réponse à ces diverses questions dépend en grande partie de l'évolution même du mal. Aussi, avant

d'entrer dans le cœur même de notre sujet qui est le traitement de l'appendicite, donnerons-nous un rapide aperçu des diverses modalités cliniques sous lesquelles peut se présenter cette affection.

Chapitre premier. — Historique

I. *Et d'abord, qu'est-ce que l'appendice ?* — On le trouve décrit partout comme un organe rudimentaire présentant la structure du gros intestin, mais très riche en follicules lymphoïdes, si bien que certains auteurs, envisagent comme une plaque de Peyer qui se serait évaginée en entraînant avec elle les diverses tuniques du gros intestin, et que d'autres (Bland Sutton) vont même jusqu'à le comparer aux amygdales en le désignant sous le nom d'amygdale abdominale.

Au point de vue qui nous intéresse, ce qu'il importe d'en bien connaître, c'est d'abord sa situation variable, en rapport souvent avec sa longueur ainsi qu'avec le développement embryologique parfois plus ou moins complet du gros intestin. La situation de l'appendice peut être en effet : sous-cæcale, précæcale, latérocæcale, rétrocæcale; cette dernière situation doit se rencontrer dans un tiers des cas environ, d'après la statistique de Fergusson et celle plus ancienne de Tarenetzky; on voit alors l'appendice remontant en arrière du cæcum et du côlon ascendant, tantôt immédiatement appliqué à leur paroi postérieure, tantôt libre et mobile, venir se mettre en rapport par son extrémité libre, soit avec le rein droit et le foie, soit avec la face postérieure de l'extrémité terminale de l'iléon et du mésentère. Cette situation rétrocæcale paraît prédisposer à

l'appendicite ; elle rend toujours difficiles la recherche et l'isolement de l'appendice.

Mariau (*Bibliographie anatomique*, 1900) prétend que les statistiques relatives à la situation de l'appendice sur le cadavre ne sauraient rigoureusement s'appliquer à l'individu vivant, la position de l'appendice pouvant chez celui-ci varier dans des limites assez étendues, suivant l'état de vacuité ou de réplétion de cet organe distendu par des gaz, si bien que, chez le même individu, il faudrait s'attendre à trouver l'appendice tantôt en avant, tantôt sur les côtés et tantôt en arrière du cæcum.

Quoi qu'il en soit, c'est à cette dernière situation chez le vivant qu'il faut attribuer les accidents sous-hépatiques ou périnéphrétiques observés fréquemment au cours de l'appendicite, de même qu'il faut rapporter au contact de l'appendice enflammé, plongeant dans la cavité pelvienne, avec la vessie, les troubles de l'appareil urinaire observés au cours de cette affection. A propos de l'ectopie de l'appendice, Duret dit dans ses *Leçons de clinique chirurgicale* (1900) qu'on peut le trouver derrière l'ombilic, au-dessus de la vessie, ou même derrière le pubis. On l'a vu croiser le réservoir urinaire et occuper la fosse iliaque gauche. Plus souvent encore il tombe dans le pelvis et se trouve en situation basse dans l'excavation, dans la cavité de Douglas, entre la vessie, le côlon pelvien et l'ampoule rectale chez l'homme entre l'utérus et la vessie chez la femme.

Au reste l'appendice doit participer à toutes les ectopies cæcales dont les plus importantes sont l'ectopie pelvienne dans laquelle le cæcum occupe la cavité de Douglas (14 fois sur 100, Legueu, 1892), chez l'enfant nouveau-né; 4 fois sur 133, chez l'adulte (Tuffier et Jeanne, *Revue de gynécologie* 1899); l'ectopie sus-iliaque sous-hépatique (25 fois sur 100

chez l'enfant nouveau-né, Legueu; 2 fois sur 133, Tuffier et Jeanne); l'ectopie franchement prérénale, sans aucun rapport avec la fosse iliaque (6 fois sur 100 chez l'enfant nouveau-né, Legueu); enfin les positions rétro-ombilicales, rétrovésicales du cæcum vraiment exceptionnelles (Tuffier et Jeanne), comme la situation de cet organe dans la fosse iliaque gauche, soit par défaut de migration, soit même par inversion des viscères. Toutes ces diverses situations anormales rendent compte d'un grand nombre de faits cliniques qu'on serait tenté de rapporter à des viscères abdominaux plus ou moins éloignés de la fosse iliaque droite, et le chirurgien qui se propose d'intervenir pour une appendicite ne devra pas manquer de les avoir présents à l'esprit.

Il peut arriver d'ailleurs qu'on prenne pour une appendicite perforante ce qui n'est en réalité qu'un ulcère perforant du duodénum; et cette erreur, doit s'expliquer le plus souvent par le passage, à travers le mésocôlon transverse, du duodénum, qui vient alors dans le voisinage immédiat du cæcum (Zuckerkandl, *Atlas der topographischen anatomie des Menschen*, 3 Heft. Bauch, Wien, 1901). Jalaguier a vu dans un cas l'appendice communiquer largement avec la deuxième portion du duodénum (*Congrès intern. de chir. infant.*, Paris, 1900, p. 121). Signalons aussi comme pouvant gêner le diagnostic aussi bien que l'intervention, les cas exceptionnellement rares de rétroposition du gros intestin (Quervain, *Semaine médicale*, 2 octobre 1901) dans lesquels le gros intestin tout entier est situé en arrière des anses grêles. Plusieurs faits de cette nature, avec situs inverse, ont été décrits par Toldt (*Denkschr. der Kaiserl. Akad. der Wissensch.* Wien, 1889, LVI), un autre par Marchand (*in Ahlfeld. Berichte und arbeiten der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik zu Giessen*, 1881-1882, p. 254. Leipzig, 1883). Un cas du même

ordre avec situs normal de l'estomac et du foie, a été publié par Tandler (*Ueber Mesenterioloarietaten. Wien. Klin. Wochenschr.*, 4 mars 1897, p. 212). Certaines races seraient plutôt prédisposée que les autres, à ces anomalies; ainsi la situation anormale par torsion du cæcum serait beaucoup plus fréquente parmi les populations des provinces baltiques que partout ailleurs (Quervain, *loc. cit.*).

Comme le cæcum d'ailleurs, et grâce à sa longueur variable qui peut dans certains cas atteindre de 20 à 24 centimètres, l'appendice peut occuper les situations anormales les plus inattendues. Sa présence dans le canal inguinal du côté droit, soit seul, soit au milieu d'anses intestinales herniées en même temps que lui, est un fait pour ainsi dire banal. On peut même, comme dans l'observation de Tailhefer (de Toulouse) (*Indépendance médicale*, 17 novembre 1897, p. 361), rencontrer l'appendice *tout entier* dans le sac herniaire, et séparé de la grande cavité péritonéale qu'il ne saurait dans ce cas, infecter. Mais on rencontre aussi parfois l'appendice dans des hernies crurales. Guinard qui a eu l'occasion d'observer un fait de cette nature (*Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 25 novembre 1896, p. 744), a vu l'appendice hernié dans le canal crural du côté droit par sa partie moyenne seulement; au niveau du collet du sac, l'anse appendiculaire hernié présentait deux étranglements qui isolaient complètement sa portion moyenne du reste de sa cavité; toute l'extrémité libre et close de l'appendice était flottante dans le ventre, formant ainsi ce que Peyrot (*Bull.de l'acad.de méd.*, septembre 1896), appelle une hernie récurrente. Demoulin et Berger (*Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 20 novembre 1900, t. XXVI, p. 1063) ont également rencontré l'appendice dans le canal crural enkysté dans un sac herniaire.

Enfin les observations où l'appendice a été trouvé dans des hernies inguinales gauches, souvent même sans qu'il existât la moindre inversion des viscères, ne sont pas absolument rares. Déjà, en 1889, Hedrich (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1889, n°s 11 et 12) avait pu en recueillir 14 cas. Biedi (*Méd. moderne*. Paris, 1897) en rapporte également un exemple; et il ne faut pas oublier que l'appendice ainsi ectopié peut être le siège des mêmes lésions que l'appendice normalement situé. Jules Bœckel (de Strasbourg) (*Bull. Acad. méd.*, t. XXXVIII, 1897, p. 331) et Morestin (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, communicat. de Legueu, séance du 19 mars 1902) d'une part, et Sonnenburg (*Pathol. und Therapie der Perityphlitis*. Leipzig, 1900, p. 186) d'autre part, rapportent chacun un exemple d'appendicite gangreneuse trouvée dans la région inguino-scrotale, les deux premiers à droite, le second du côté gauche.

Il n'est pas excessivement rare, dans les hernies des jeunes enfants, de rencontrer l'appendice adhérent au sac herniaire. Certains auteurs, avec Virchow, B. Schmidt, Orth, Rokitansky, attribuent ce fait à l'existence antérieure d'une péritonite fœtale, le plus souvent péritesticulaire, laquelle, déterminant une adhérence secondaire du testicule aux organes voisins, serait la cause du déplacement de ces derniers, forcés alors d'accompagner la glande dans sa migration; mais cette hypothèse est loin d'être généralement admise. D'après Kehrer et un grand nombre d'autres auteurs, le fait que nous venons de signaler ne proviendrait pas d'une péritonite fœtale, mais bien d'une anomalie de développement de certains replis du péritoine, entraînant après elle des changements notables dans la situation des organes; dans ce cas, les adhérences fixant ces organes dans la situation anormale qu'ils occupent, ne

seraient autre chose que des replis du péritoine arrêtés dans leur développement, (Sonnenburg *loco citato*, p. 187).

II. — Depuis plusieurs années déjà, Bardeleben (*Virchow's Archiv*, Bd. II, 1849), Luschka (*Virchow's Archiv*, Bd. XXI, 1861), Schultze, etc., puis, en France, Mérigot de Treigny (Étude sur les hernies du gros intestin, *Th. doct.*, Paris, 1880), Tuffier (*Arch. gén. de méd.*, 1883), Maurin (*Th. Paris*, 1890), etc., ont démontré que le cæcum est entièrement recouvert par le péritoine sur toutes ses faces, et ont bien décrit la disposition de cette séreuse autour de l'appendice cæcal, avec les fossettes péritonéales voisines de ce dernier organe : grâce à la disposition du péritoine qui l'entoure complètement, l'appendice jouit dans l'abdomen d'une assez grande mobilité. Il est exceptionnel de rencontrer un appendice sous-péritonéal, entièrement dépourvu de méso (Tuffier et Jeanne). Mais on l'a vu parfois s'engager par son extrémité libre dans l'une des fossettes péritonéales iléo-coliques, au fond de laquelle il peut même se trouver fixé par des adhérences. Ce cas-là peut se présenter comme fait anormal, bien que la majorité des auteurs le considèrent comme la conséquence de quelque processus pathologique antérieur.

Nous dirons également, en passant, quelques mots sur le ligament appendiculo-ovarien de Clado, dont l'existence, quoique inconstante (Martin, Barnsby), est cependant bien réelle. Durand (*Progrès médical*, 1895, n° 27), revenant sur ce ligament, fait remarquer qu'il naît le plus souvent, soit du méso-appendice, soit du péritoine qui revêt la portion terminale de l'iléon. Nagel le considère comme le ligament génito-entérique décrit depuis longtemps, et, d'après Waldeyer, ce ne serait autre chose que le ligament suspenseur de l'ovaire avec son revêtement péritonéal (Sonnenburg, *loco citato*).

Le ligament appendiculo-ovarien contient une artériole qui va se distribuer à l'appendice; aussi, grâce à ce nouvel appoint artériel qui manque chez l'homme, la circulation sanguine et partant la nutrition, se trouvant mieux assurées dans l'appendice cæcal de la femme, l'appendicite est-elle un peu moins fréquente chez celle-ci (Sonnenburg). Treub (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 897, p. 263) dit également : « Que la femme ayant des moyens de défense supérieurs, échappe plus souvent que l'homme à l'appendicite, du moins à ses formes graves; car, chez elle, le méso-appendice ne servirait pas seul à débarrasser la paroi appendiculaire d'une partie du contenu de son parenchyme. En effet, chez l'homme, les lymphatiques amenés de l'appendice dans le mésentère, aboutiraient au ganglion rétro-cæcal; chez la femme ils rejoindraient en outre, par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarien, le riche réseau du ligament large. » Cette explication de la fréquence moins grande de l'appendicite chez la femme n'est pas admise par tous les auteurs; un grand nombre croient d'ailleurs qu'il n'y a entre les deux sexes qu'une différence apparente tenant à ce que beaucoup d'appendicites chez la femme passent inaperçus, confondues qu'elles sont avec des annexites.

Un fait pourtant, digne d'arrêter notre attention, c'est le développement rudimentaire de la circulation de l'appendice. Van Cott qui a bien étudié cette question, signale une disposition assez fréquente du rameau appendiculaire fourni par l'artère mésentérique inférieure. Ce rameau qui représente souvent l'unique source artérielle de tout l'appendice, descend fréquemment jusqu'au sommet de cet organe sans fournir un seul ramuscule à ses parois; puis, parvenu au sommet de l'appendice, il se recourbe et se ramifie en remon-

tant dans l'épaisseur de la paroi appendiculaire. Van Cott dit que les artères de l'appendice n'étant anastomosées avec celles du cæcum que par des ramuscules insignifiants, la disposition que nous venons de signaler est presque comparable à celle des artères dites terminales. En effet, supposons l'unique artériole que nous venons de décrire, oblitérée dans sa portion descendante, soit par une torsion, soit par une coudure brusque de l'appendice, soit par un corps étranger formé dans son intérieur et comprimant, sur son trajet, la source artérielle de dedans en dehors, la nutrition de la paroi appendiculaire se trouvera fort compromise et celle-ci sera menacée de gangrène.

Dans tous les cas, l'appendice vermiculaire étant un organe peu vascularisé, et médiocrement pourvu quant à son système nerveux, se trouve par le fait même plus exposé aux infections que les autres organes, et l'on comprend très bien le mot de Treves disant : « Toutes choses égales d'ailleurs, l'homme pourvu d'un appendice est inférieur à celui qui n'en a pas. » Pour prévenir l'infection de cet organe, la nature semble bien l'avoir pourvu d'un appareil qui empêche les matières de pénétrer dans l'intérieur de sa cavité ; mais cet appareil n'est pas toujours constant ni surtout suffisant. Nous faisons allusion ici à la valvule de Gerlach, ainsi nommée à tort, puisque Merling (1836) et Cruveilhier l'avaient déjà décrite avant cet auteur. Elle n'existe pas chez le nouveau-né où l'appendice s'ouvre dans le cæcum par un orifice dilaté en forme d'entonnoir. Ce n'est que plus tard qu'elle se forme, sous l'influence de la pression exercée par les matières qui refoulent et plissent la muqueuse du gros intestin devant l'orifice appendiculaire. Ainsi se forme encore un deuxième repli valvulaire, plus petit que le précédent, situé au-dessous de lui, et décrit par Nan-

niga (de Gröningen) en 1840 : c'est la valvule de Nanniga.

III. *A quoi sort l'appendice?* — Il est probable que c'est un organe rudimentaire sans utilité. Sa fonction doit tout au plus être celle d'une glande de Peyer peu active : en effet les parois de l'appendice sont très riches en follicules lymphatiques jusqu'à la 30e année environ, époque de la vie où cet organe s'atrophie plus ou moins d'une manière définitive. Cependant quelques auteurs ont voulu lui attribuer un rôle physiologique. Déjà, vers la fin du XVIIIe siècle, l'anatomiste Sabatier le croyait chargé de sécréter une humeur propre à lubréfier le cæcum et à ramollir les excréments qui y séjournent. Comme il est presque exclusivement l'apanage de certains rongeurs, de nombreux primates et de l'homme, on a voulu chercher dans la physiologie comparée l'explication de son rôle. Ainsi pour Clado (*Soc. de biol.*, 1892), sa principale fonction serait l'absorption ; on pourrait le considérer comme une sorte de glande en tube, sécrétant un mucus dans lequel prolifère un microbe zymogène; ce mucus déversé continuellement dans le cæcum ferait fermenter les produits de la digestion et principalement les matières végétales.

Un fait intéressant, c'est la présence exceptionnelle, il est vrai, mais pourtant quelquefois observée, de diverticules d'origine anormale ou pathologique, qui partant de l'appendice peuvent occuper l'épaisseur du méso de ce dernier organe. Walther en a présenté un cas très curieux à la Société de chirurgie (séance du 11 juillet 1900, t. XXVI, p. 822); il s'agissait d'un diverticule creux dont la cavité s'ouvrait dans celle de l'appendice et qui s'enfonçait dans le méso-appendice assez loin pour être enserré dans un fil de la ligature de ce méso, de telle sorte qu'après section du

pédicule au ras de l'appendice, il restait dans le moignon méso-appendiculaire une petite cavité infectée au même titre que l'appendice lui-même, et susceptible d'être le point de départ d'accidents post-opératoires extrêmement redoutables. Walther considère ces diverticules comme étant de nature pathologique.

Il nous reste encore à signaler au point de vue anatomique, la disposition particulière du tissu cellulaire rétrocæcal qui, remontant le long du mésocôlon ascendant, vient se continuer avec le tissu cellulaire de la face inférieure du foie. Körte ayant injecté un liquide coloré dans l'interstice des deux feuillets du méso-appendice, vit ce liquide fuser progressivement dans le tissu cellulaire rétrocæcal de la fosse iliaque droite, dans le tissu cellulaire de la base du mésocôlon ascendant, et enfin dans celui de la face inférieure du foie. Il conclut, avec Schœmaker, de cette expérience, que le pus né de l'appendice peut suivre la voie ascendante que nous venons de signaler pour venir former un abcès sous-hépatique (Körte, *Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 794, 1892). Il y a là une sorte d'analogie avec ce qui se passe du côté de la cavité pelvienne vers laquelle les abcès rétrocæcaux peuvent fuser en suivant le tissu cellulaire comme les voies lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien. Ainsi s'expliqueraient les relations qui existent entre l'appendicite et les affections des organes génitaux de la femme (Krüger, *Deutsch Zeitschr. f. chir.*, XLV); et on a cité des observations d'appendicite d'origine utéro-annexielle, ou d'ovaro-salpingites d'origine appendiculaire (Pozzi, *Soc. chir.*, 1888-1890; Terrier, *Soc. chir.*, 20 octobre 1890; Delagenière, *Congrès de chir.*, Paris, octobre 1897; C. R., p. 908). — Dans deux cas rapportés par Tillaux (*Clin. chir.*, 1895) et Marchand (*Soc. chir.*, 1895), une appendicite suppurée vint

se faire jour à travers le vagin (Reynès, *Congrès intern. de chirurgie générale*, Paris, 1900, p. 687).

IV. — Nous avons jusqu'ici, dans le but de faciliter l'étude qui va suivre, et dans l'espoir qu'avec les quelques données anatomiques qui précèdent le clinicien, mis en présence d'une affection abdominale inconnue, devra toujours penser à l'appendicite, insisté sur quelques points intéressants mais qui n'ont encore qu'un rapport éloigné avec notre sujet. Avant d'entreprendre celui-ci, nous allons donner un tableau clinique succinct de l'appendicite, le traitement de cette affection dépendant essentiellement des diverses formes sous lesquelles elle se présente à l'observateur.

L'appendicite commence à ne bien être décrite que depuis un quart de siècle environ, et déjà, en 1895, Berthold Gröke (*Typhlitis und Perityphlitis*, Diss. inaug., 1895, Greifswald) avait pu rassembler sur cet intéressant sujet plus de 1.250 publications. Cependant la question était loin d'être totalement inconnue de nos prédécesseurs. Déjà en 1759, Mestivier (*Journal général de médecine et de chirurgie*, 1759, t. X) avait pratiqué la première opération dont il soit fait mention dans les auteurs, pour appendicite perforante. Ce chirurgien ayant observé une tumeur fluctuante, sise près de la région ombilicale du côté droit, incisa cette tumeur d'où sortit une grande quantité de pus : à l'autopsie on rencontra comme origine de cet abcès, une perforation de l'appendice vermiforme, produite par une épingle incrustée de sels calcaires. Mais il faut arriver jusqu'en 1827 pour trouver le premier mémoire écrit sur l'appendicite. Ce mémoire est de Mélier qui paraît avoir bien compris l'affection, sans en créer le terme (Mélier, Mémoires et observations sur quelques maladies de l'appendicite cæcal, *Journal*

de médecine, de chirurgie et de pharmacie, 1827) : il renferme cinq observations, dont trois d'appendicite foudroyante et une d'appendicite à rechutes. Mélier cherche à expliquer la pathogénie de cette maladie à laquelle il décrit, avant Talamon, une période appendiculaire et une période péritonéale. « J'explique ainsi, dit-il, les divers accidents et leur succession : des matières fécales se sont accumulées dans l'appendice cæcal; cet appendice dilaté petit à petit s'est enflammé par une sorte d'engouement, puis gangréné et enfin déchiré. Les premiers accidents, c'est à-dire les coliques, tenaient probablement à la distension et à l'inflammation de l'appendice. La rupture aura donné lieu à l'épanchement qui lui-même paraît être la cause de la péritonite. » Mélier laisse même pressentir la possibilité dans ces cas d'un intervention chirurgicale : « S'il était possible, dit-il, d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération. On arrivera peut-être un jour à ce résultat. »

Déjà d'ailleurs avant Mélier, Louvier Villermay (*Arch. gén. de méd.*, 1824), Housson et d'autres avaient reconnu que l'appendice cæcal était, dans un grand nombre de cas, la cause de graves accidents. En 1835, dans une note ayant trait à de nouvelles observations de perforation de l'appendice vermiforme, Louvier Villermay donne à entendre que l'attention d'un grand nombre d'observateurs se trouvait déjà attirée vers la question qui nous occupe. En 1836, Merling, parmi les Allemands, décrit à l'orifice de l'appendice une sorte de repli valvulaire, qui, permettant aux sécrétions muqueuses de cet organe de se déverser dans le cæcum, empêche la pénétration des fèces dans sa cavité. C'était là une première description de la valvule de Gerlach.

Merling pensait déjà qu'on devait nettement séparer les inflammations du cæcum de celles de l'appendice, et que pour ces dernières, les plus graves dans leur évolution, il y avait lieu de distinguer celles qui étaient provoquées par la présence de corps étrangers, de celles pouvant naître spontanément « absolument comme dans tout autre organe ».

V.— Mais ces diverses tentatives ayant pour but de donner à l'appendice droit d'asile en pathologie, demeurèrent sans résultat. En 1829, Puchelt (*System der Medizin*, Heidelberg, 1829) créait le terme de pérityphlite et croyait devoir englober sous cette dénomination tout ce qui avait déjà été publié sur les affections chirurgicales de l'appendice et du cæcum. En 1838, le professeur Albers (de Bonn) (Albers *Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie und patholog. Anatomie*, Bonn, 1838) établissait ses quatre variétés de typhlite, ruinant du même coup la conception naissante de l'appendicite. Cependant, on mettait encore sur le compte de la perforation de l'appendice les formes graves et mortelles de la typhlite (Forget. *Gaz. médicale de Strasbourg*, 1853, Leudet. *Arch. gén. de méd.*, 1859); mais pour les collections purulentes péricæcales, on admettait avec Ménière (*Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVII) qu'elles siégeaient toujours dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et rarement dans le péritoine.

Ces nouvelles conceptions engendrèrent une thérapeutique désastreuse. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir quelques travaux publiés pendant le règne de la typhlite, travaux dans lesquels nous trouvons un résumé succinct des traitements adoptés sous l'influence des idées d'Albers et de Ménière : « On combattra, dit Barré (Thèse de doctorat, Paris, 1873), la typhlite stercorale par la mé-

thode des purgatifs, ou par celle des lavements ou par les deux ensemble mieux encore. » « Les purgatifs, dit Blatin (Thèse de doctorat, Paris, 1868) réveillent les contractions intestinales, et, stimulant les sécrétions de la muqueuse, ramollissent les masses stercorales, les fragmentent, les détachent et favorisent leur progression. Les lavements, de leur côté, excitent l'énergie musculaire du gros intestin, imbibent les matières les plus éloignées du purgatif, et, s'ils contiennent un corps gras, de l'huile par exemple, facilitent le glissement des fèces sur la muqueuse. » Si, sous l'influence des moyens précédents, la tunique musculaire de l'intestin tarde à réagir, on applique l'électricité pour réveiller les contractions éteintes. Le repos et la diète ne se prescrivent qu'en dernier lieu, lorsque le cæcum paraît complètement évacué.

Quant à la douleur et à l'inflammation, on les combat par les révulsifs : vésicatoires, sangsues, ventouses scarifiées, ou par les émollients, tels que bains émollients, cataplasmes laudanisés, onctions avec l'onguent napolitain. « Cependant (1), même à cette époque, une crainte salutaire domine toute la thérapeutique : cette crainte, c'est celle de la rupture du cæcum et du déversement du contenu intestinal dans la séreuse péritonéale. Aussi s'empresse-t-on, après avoir complètement purgé le malade, de le mettre au repos. Le professeur Biermer (*Breslauer Aersztlicher Zeitschrift*, 1879) établit que le repos de l'intestin, en pareil cas, est identique à celui d'un membre fracturé et de la même nécessité. « Il ne faudra jamais oublier, dit Barré (*loc. cit.*), que d'un

(1) Borderie. *Essai sur les indications thérapeutiques dans les appendicites non spécifiques.* Thèse de doctorat, Paris, 1900.

moment à l'autre il peut se faire une perforation; pour prévenir de pareils accidents, on prescrira le repos le plus complet, le décubitus horizontal, on administrera les opiacés, dans le but de diminuer les contractions intestinales »; et il continue aussitôt en une contradiction étrange : « une précaution dont il ne faudra jamais se départir, c'est d'entretenir la liberté du ventre par des purgatifs ».

Lorsque la perforation s'est produite, la principale indication qui se présente, d'après Bodart (*Des perforations du cæcum et de l'appendice cæcal.* Thèse de doctorat, Paris, 1844), « c'est d'arrêter l'extension de la péritonite et de favoriser les adhérences qu'une inflammation limitée peut produire; le traitement, en un mot, est indiqué par la nature, qui, dans le cas de guérison, isole le corps étranger par une matière plastique et prévient l'épanchement des matières fécales dans le ventre ». Il conseille l'immobilité absolue, l'abstention des purgatifs qui distendent l'intestin, réveillent les contractions musculaires, rompent les adhérences et font sortir beaucoup plus de matières dans le péritoine; il faut administrer l'opium à haute dose pour endormir les mouvements vermiculaires de l'intestin et arrêter les sécrétions; la constipation est combattue par des lavements ou mieux des suppositoires.

Au début de cette période, les chirurgiens n'interviennent que lorsque l'abcès menace de crever la peau. Encore y mettent-ils des réticences : « Si on ne donne pas issue au pus, dit Corbin (*Gaz. méd. de Paris*, 1830), on lui permet de s'étendre et de former de vastes foyers dont le recollement sera très difficile et dont la suppuration sera proportionnelle à la surface; *si l'on incise, l'accès de l'air dans le foyer est presque toujours nuisible.* » Aussi certains conseillent-ils d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès dans le cæcum

(Dupuytren), bien que 2 fois sur 10, cette ouverture spontanée donne lieu à une terminaison fatale (Grisolle, *Pathologie interne*, 9[e] édition, 1865, t. I, p. 621). « On ne fera l'incision, dit ce dernier auteur, qu'après s'être assuré qu'il y a fluctuation; il faut aussi qu'on sache si le foyer adhère à la paroi abdominale, afin de prévenir tout épanchement dans la cavité du péritoine. Avant de la faire, cette incision, il est indispensable de percuter avec soin le point où doit plonger le bistouri; car il ne serait pas impossible que le pus accumulé spécialement à la face postérieure du cæcum eût refoulé en avant cet intestin, qui serait nécessairement alors divisé par l'instrument. Cet accident a été observé une fois. » (Grisolle, *loc. cit.*)

Quand les chirurgiens intervenaient, ils attendaient donc que la fluctuation fût des plus manifestes, laissant le malade exposé, depuis le moment où le diagnostic avait été posé jusqu'à celui de l'intervention, aux complications les plus redoutables, telles que fusées purulentes de tous les côtés, dans le bassin, dans le ligament large, dans la cuisse, dans la poitrine, à travers le diaphragme, ou formation d'abcès secondaires dans le foie, la rate, avec pyohémie, ou encore ouverture dans un organe voisin tel que la vessie, la cavité péritonéale. Aussi Velpeau recommandait-il d'ouvrir aussitôt que possible, tout en craignant la pénétration du pus dans le péritoine et la section de l'artère épigastrique au moment de l'incision. Il a fallu l'avènement de l'antisepsie pour rendre les cliniciens plus hardis, et pallier les conséquences thérapeutiques funestes de la conception fausse d'Albers. Déjà la tendance à l'intervention précoce, une fois le diagnostic posé, se manifeste dans la thèse inaugurale de Paulier (Paris, 1875), qui conseille d'agir dès que les symptômes permettent de soupçonner la présence du pus, appe-

lant ainsi « l'attention sur une méthode qui paraît avoir donné de bons résultats entre les mains des praticiens de l'Angleterre et de l'Amérique, et qu'on néglige peut-être trop en France ».

VI. — C'est, en effet, aux chirurgiens de langue anglaise (Anglais et Américains) que nous devons l'intervention précoce dans l'appendicite. « En 1848, dit Pravaz dans sa thèse inaugurale (*De la pérityphlite et de son traitement*. Lyon, 1888), Hancock (*London medical Gazette*, 1848) publia l'observation d'une femme de 30 ans, qui présentait de la constipation habituelle et qui fut prise d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite à la suite d'une séance d'équitation. Elle fut d'abord traitée par les opiacés et les cataplasmes, puis l'état général devenant tout à fait grave, « air anxieux, nez pincé, « pouls filiforme, vomissements, langue brune, pas de som- « meil, peau froide et rugueuse, frissons répétés », Hancock, proposa et fit l'opération au 14e jour sans avoir pu au préalable trouver de la fluctuation. La malade guérit. »

Après Hancock, Lewis, en Amérique, propose, en 1856, l'intervention hâtive (*New-York medical Journal of Medicine*, 1856), et W. Parker (*New-York med. Record*, 1867) vulgarise onze ans plus tard l'opinion de l'auteur précédent. En 1875, Gouley (*New-York Acad. of Med.*, 1875) pose en règle générale l'intervention précoce dans la pérityphlite, afin de prévenir les accidents redoutables que pourrait occasionner l'invasion du péritoine par le pus de l'abcès : il ne faut jamais attendre la fluctuation; mais, dit cet auteur, on ne doit jamais non plus intervenir avant le 7e jour. Il rapporte 25 cas traités par cette méthode tant en Angleterre qu'en Amérique, avec 8 morts et 17 guérisons. En 1882, cette statistique était déjà devenue meilleure; car, sur 100 cas,

Noyes (*Transact of the Rhode Island med. soc.*, 1882) ne note plus que 15 décès. Aussi, en présence de ces résultats, tous les chirurgiens américains s'empressent-ils d'opérer de bonne heure les abcès appendiculaires. Reginald Fitz (*Americ. journal of medic. Sciences*, octobre 1886) entraîne à sa suite dans cette voie Sands, Mac Burney (*New-York med. Journ.*, déc. 1889), Bull, Smith, Elliot, Porter, etc. Grâce aux succès de l'antisepsie naissante, ils n'hésitent pas à réséquer l'appendice malade, car l'expérience n'a pas tardé à leur prouver que, dans les anciennes typhlite et pérityphlite, c'est l'appendice qui est toujours le vrai coupable. En Angleterre, même pratique, mais avec plus de réserve, Treves (*The Lancet*, 1889), trouvant les Américains trop hâtifs dans leur interventions. Néanmoins la question intéresse tous les chirurgiens, et l'on voit apparaître quantité de travaux sur les accidents appendiculaires, notamment de West, Allingham, Clarke, Fowler, Lawson Tait.

A quel moment intervenaient les Américains? Presque tous, en progrès sur la pratique de Gouley (*loc. cit.*), qui attendait généralement le 8e jour, résèquent l'appendice dès les 2 ou 4 premiers jours après les premiers symptômes, parce que, disent-ils, « la septicémie généralisée contre laquelle toute thérapeutique est impuissante peut commencer dès le troisième jour (Mac Burney). Doit-on opérer cette affection dès le premier jour? Non, car si d'un côté le diagnostic est difficile, d'autre part, on voit des cas bénins qui guérissent spontanément; on distinguera ceux-ci à l'allure modérée de la température, au peu d'intensité de la douleur, au facies, à l'état des forces du malade, au tympanisme modéré; mais toujours le malade sera soumis à une surveillance de tous les instants, car ces formes si bénignes peuvent rapidement devenir graves » (Mac Burney). (Benoît,

Contribution à l'étude des appendicites. Thèse doctorat, Paris, 1891.)

Si au bout de 36 heures, les symptômes conservent leur gravité du début, il faut opérer. « Il est possible, ajoute Mac Burney, qu'avec cette manière de procéder on enlève l'appendice à des sujets qui auraient guéri sans intervention; mais on supprime la possibilité d'une récidive et le danger d'une péritonite généralisée. »

En Angleterre, les chirurgiens ne paraissent pas aussi pressés d'intervenir. Pour Clarke et Smith (*The Lancet*, 1890), l'intervention doit presque toujours être reculée au 5e jour, à cause de la difficulté du diagnostic et du peu de symptômes présentés par la collection au début. De son côté Treves, dans les typhlites à répétition, conseille l'ablation de l'appendice à froid, c'est-à-dire quand il n'existe plus de phénomène inflammatoire.

Enfin les travaux de Tuffier (*Arch. gén. de méd.*, t. XIX, 1887) et ceux de Treves (*British med. journ.*, 1887) montrent que le vrai siège des abcès péricæcaux est dans le péritoine et non dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, contrairement à la vieille conception de Ménière. La proportion des abcès sous-séreux n'est en effet que de 5 p. 100, d'après la statistique de Weir, et celle de Maurin (Thèse de doctorat. Paris, 1890). Tous les autres ont pour point de départ l'appendice et presque jamais le cæcum. Aussi Mac Burney (*New-York. med. journal*, 1889) propose-t-il de substituer à l'ancienne dénomination de typhlite, le terme plus exact d'appendicite.

Ainsi il n'a fallu rien moins que l'avènement de l'antisepsie pour arriver à ruiner complètement la conception désastreuse d'Albers (de Bonn) et de Ménière. Nous verrons tout à l'heure quel est l'état actuel de la question, après

avoir donné un aperçu rapide de la pathogénie et des formes cliniques de l'appendicite. Nous commencerons donc par passer en revue les diverses théories qui ont cours sur la genèse de cette affection. Une de celles qui ont eu le plus de vogue, est la théorie du vase clos, exposée par le prof. Dieulafoy, devant l'Académie de médecine, dans la séance du 16 mars 1896.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

La médication diurétique : digitale et théobromine,
d'après M. le Dr H. Huchard.

Avec la digitale, la théobromine et le lait, on possède trois armes suffisantes pour combattre et guérir les maladies du cœur et des reins; la convallaria, la spartéine, le strophantus, la coronille, le laurier-rose étant des médicaments dont on peut parfaitement se passer.

Dans l'arythmie proprement dite, la digitale n'a rien à faire. Mais elle peut intervenir efficacement dans les accès de tachycardie essentielle paroxystique, pour prévenir la dilatation du cœur et ses conséquences fréquentes : thrombose cardiaque, infractus pulmonaire, épanchement pleural assez souvent consécutif. Sous son influence, le cœur reprend rapidement ses dimensions presque normales.

L'action de la digitale n'est pas aussi lente à se produire qu'on veut bien le dire : son action *cardiaque* est le plus souvent rapide, elle peut apparaître après une demi-heure ou une heure; son action *diurétique* se manifeste plus tardivement, 12, 24, 30 ou

48 heures après. Ce pouvoir dissocié du médicament ne doit jamais être perdu de vue.

Si la digitale, appelée « opium du cœur », calme quelquefois les palpitations, elle les augmente aussi, les aggrave, les perpétue quand elles dépendent d'une perturbation quelconque dans les fonctions digestives, quand elles sont engendrées chez les nerveux, les neurasthéniques, les hystériques, les anémiques, par l'angiospasme ou la vaso-constriction, par la lutte du cœur central contre les obstacles du cœur périphérique.

Chez les arthritiques, rhumatisants ou goutteux, il peut exister des palpitations sans lésions cardiaques, conséquence de l'uricémie. Et comme l'acide urique est un vaso-constricteur donnant lieu, par suite, à des accès de pâleur des téguments, à de la pseudo-chlorose ou anémie, on gorge les malades de viande, c'est-à-dire de toxines alimentaires vaso-contrictives, et on leur prescrit quelquefois la digitale, d'où augmentation des accidents et des palpitations.

Pour défendre le cœur périphérique contracté par l'acide urique, par les toxines alimentaires, surtout pas de digitale, mais un régime lacto-végétarien, la mise en hyperfonction de l'épithélium rénal par la théobromine à petite dose (50 centigrammes), un verre d'eau d'Évian tous les matins à jeun avec un cachet de 50 centigrammes de lycétol (tartrate de diméthylpipérazine), 6 à 12 gouttes par jour de la solution de trinitrine au centième, pour contre-balancer par la vaso-dilatation l'angio-spasme, œuvre des deux poisons vaso-constricteurs, l'acide urique et les toxines alimentaires; enfin massage des membres dans le même but. Les uricémiques étant des *prescléreux*, c'est faire de la bonne médication préventive de l'artériosclérose que de s'adresser, non pas au cœur qui souffre, mais aux vaisseaux qui le font souffrir et qui doublent son travail.

Quant à l'élimination lente de la digitale qu'on incrimine, c'est plutôt un avantage qu'a ce médicament de pouvoir faire sentir son action sur le système circulatoire pendant quinze jours et même trois semaines.

Enfin on a faussement accusé la digitale de devenir diurétique grâce à l'augmentation de la tension artérielle qu'elle provoquerait. C'est une grave erreur. La digitale n'est pas diurétique par elle-même, et quand elle le devient, ce n'est jamais en provoquant de l'hypertension.

Deux périodes sont à considérer dans l'action de la digitale : l'une transitoire, caractérisée par la vaso-constriction plus ou moins généralisée, à laquelle participent nécessairement les artères rénales et par l'hypertension artérielle consécutive, d'où les phénomènes suivants, presque identiques à la compression ou à la ligature incomplète des artères émulgentes : diminution de la diurèse, apparition possible d'une très légère quantité d'albumine. La seconde période est caractérisée, au contraire, par une augmentation de la diurèse, sous forme de débâcle urinaire, coïncidant elle-même avec une vraie détente du frein vasculaire, avec une diminution brusque de la tension artérielle. A la faveur de la vaso-dilatation succédant rapidement à la vaso-constriction digitalique, il se produit ainsi une véritable *poussée* sanguine au rein, d'où la *diurèse en débâcle* de la digitale, à opposer à la diurèse continue et progressive de la théobromine; de sorte que, contrairement à l'opinion commune, le maximum de la diurèse digitalique coïncide exactement avec la diminution de la tension artérielle, ayant promptement succédé à son augmentation temporaire, ce qui explique la forme « en débâcle » de la diurèse.

Si la digitale ne produit pas la diurèse dans les affections du cœur bien compensées, elle est en revanche le remède héroïque des hydropisies cardiaques, ne restant diurétique, il est vrai que pendant le seul temps où il y a des liquides à résorber. Cela s'explique si l'on tient compte que la digitale produit d'abord l'allongement de la diastole cardiaque, d'où pénétration d'une quantité plus grande de sang dans les cavités ventriculaires et le renforcement de la systole avec resserrement du cœur et des vaisseaux, d'où augmentation de propulsion et de vitesse du liquide sanguin. Si cette vitesse s'accentue, le liquide épanché dans le tissu cellulaire ou dans les cavités (œdèmes et hydropi-

sies cardiaques) rentrera dans la circulation pour être éliminé par les reins, cela en vertu d'un principe physique démontrant que l'accélération d'un liquide quelconque dans un tube poreux augmente l'endosmose. Donc tout démontre que la diurèse digitalique se produit surtout par le mécanisme d'un courant endosmotique des tissus œdématiés vers l'intérieur des vaisseaux.

Ce mode d'action diurétique montre bien qu'en l'espèce l'efficacité de la digitale est intimement liée à l'existence des œdèmes et des hydropisies, à ce point que ceux-ci disparus, l'augmentation de la sécrétion urinaire s'arrête et qu'elle peut même être remplacée par l'oligurie, si l'on continue la même médication. Il montre encore que dans les cas où l'ascite, par exemple, est devenue franchement hépatique, ce qui arrive lorsque le foie cardiaque s'est transformé en un tissu dur, sclérosé et irréductible, on éprouve beaucoup de difficulté à résoudre cet épanchement, et, pour atteindre complètement ce but, on commettrait une faute en prolongeant outre mesure l'administration du médicament. Enfin, il montre pourquoi, chez un cardiopathe, sans hydropisie ni œdème, la digitale concentre presque toute son action sur le cœur et sur l'appareil circulatoire alors qu'elle ne produit presque rien sur la sécrétion rénale. Lorsque ce même malade devient hyposystolique ou asystolique, avec œdèmes périphériques, hydropisies et congestions viscérales passives, le remède agit alors à peine sur le cœur et beaucoup sur le rein.

Ce fait important de dissociation doit être utilisé en cardiothérapie. Dans le traitement de l'asystolie après avoir obtenu par la digitale l'action *diurétique* marquée par la disparition complète des œdèmes, il faut souvent, quelques semaines après, songer toujours à produire une action *cardiaque* qui aura pour effet de tonifier le cœur et de retarder l'imminence de nouvelles crises asystoliques. Et ainsi la digitale à doses différentes et par une action spéciale, devient non seulement le médicament *curatif* de l'asystolie existante, mais encore le traitement *préventif* de l'asystolie menaçante. La dose *anti-asystolique* doit être massive (1 milligramme de digitaline cristallisée et même davantage en un ou

deux jours au plus), la dose cardiaque et *pré-asystolique* devant être continuée pendant trois ou quatre jours sera réduite à X ou XV gouttes d'une solution de digitaline cristallisée au millième.

Pendant une certaine partie de l'évolution de sa maladie, le cardio-rénal se comporte plutôt comme un rénal que comme un cardiaque, ce qui veut dire que l'insuffisance rénale l'emporte sur l'insuffisance cardiaque. Veut-on forcer la barrière rénale? Alors que l'action diurétique de la digitale soit précédée par l'administration d'abondantes quantités d'eau et de lait. C'est la *crue* des liquides qui, un moment arrêtée par la digue de la vaso-constriction digitalique, inondera les parties restées perméables du rein et augmentera leur fonctionnement par une vigoureuse poussée due à la vaso-dilatation. Suffit-il d'entretenir le fonctionnement rénal? Alors il deviendra nécessaire de n'entr'ouvrir que lentement, moins brusquement l'écluse en prescrivant le lait, la théobromine, d'une façon continue quoiqu'on ait osé prétendre que cette médication peut favoriser l'imperméabilité rénale et augmenter l'albuminurie.

CH. AMAT.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Gynécologie et obstétrique.

Du traitement palliatif du cancer de l'utérus. — Les progrès constants de la chirurgie opératoire et les améliorations apportées depuis quelques années à la technique de l'hystérectomie totale, dit M. Thouvenaint (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 juillet 1901), permettraient de penser qu'à l'heure actuelle la question du traitement du cancer utérin est résolue. Il n'en est malheureusement rien et les espérances qu'on était en droit de fonder légitimement sur la valeur de l'ablation totale de l'utérus cancéreux ne se sont pas entièrement réalisées.

Il est indubitable qu'on ne peut espérer guérir une malade atteinte de cancer de l'utérus que si l'on est certain d'enlever toute la néoplasie. Hors ce cas il n'est pas possible de penser à une intervention radicale : il faut se borner à un traitement palliatif. Les reconstituants et les soins hygiéniques devront être spécialement recommandés. Contre les douleurs on aura recours au chloral en potion ou en lavement, et aux injections de morphine. Dans les cas où il existe un écoulement fétide et des hémorragies, c'est au curettage suivi de cautérisation qu'il convient de donner la préférence. Lorsque la malade est très affaiblie et que son état général fait redouter l'anesthésie, on aura recours à l'emploi du carbure de calcium, selon la méthode de Guinard, ou à celui de la quinine selon le procédé de Jaboulay.

Pour régulariser la menstruation (A. Robin). — On ordonnera à la malade de prendre, au moment des deux principaux repas huit jours avant l'époque présumée des règles, 1 à 3 cuillerées à café de la potion suivante :

Elixir de Garus	100 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis ..	ãã 5 »
— de viburnum prunifolium	ãã 5 »
— de gossypium herbaceum	ãã 5 »

On cessera dès le jour réglementaire de l'époque, afin de ne pas influencer celle-ci; mais si le flux traîne plus que de raison, ce qui est fréquent, on reprendra la mixture dès le premier jour. En cas d'intolérance pour les médicaments de cette prescription, on pourrait conseiller l'usage des pilules d'ergotine suivantes :

Ergotine	0 gr. 10
Poudre de sang-dragon	0 » 10

Pour une pilule : 1 à 6 par jour.

Ou bien la potion suivante :

Ergotine	5 gr.
Acide gallique	0 » 50
Sirop de térébenthine	30 »
Eau de tilleul	120 »

1 à 6 cuillerées par jour.

Maladies des yeux

Traitement des cataractes commençantes par les collyres et les bains oculaires iodurés. — Depuis quelques années M. Badal (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet 1901) a essayé avec des succès divers des solutions d'iodure de potassium et de sodium en collyres et en bains d'œil dans le traitement des cataractes commençantes.

Les solutions indiquées sont, on le sait, rapidement absorbées par l'œil; mais il est intéressant de rechercher dans quelle mesure ces sels peuvent être prescrits sans risquer de déterminer, à la longue, l'irritation de la conjonctive.

Dans ses recherches cliniques, les doses médicamenteuses ont beaucoup varié. Au début, les collyres étaient formulés à 50 centigrammes pour 10 grammes; les solutions destinées à être employées en bains oculaires, à 15 grammes pour 300 grammes.

L'expérience a montré à l'auteur que pour ces derniers surtout, la proportion était un peu forte, non point qu'il en résultât sur le moment la moindre douleur, mais à la longue les malades se plaignent de picotement et d'un peu d'irritation conjonctivale. Actuellement, l'auteur s'en tient aux deux formules suivantes :

1° *Collyre* : Eau distillée bouillie....... 10 gr.
Iodure de potassium ou de sodium................. 0 » 25

Une ou deux gouttes matin et soir.

2° *Solution* : Eau distillée bouillie..... 300 gr.
Iodure de potassium ou de sodium.............. 7 » 50

En bains oculaires, deux fois par jour, à l'aide d'une œillère appliquée contre l'œil, les paupières entr'ouvertes pendant une minute ou deux.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e Arrt.



REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'arrhénal

par le Dr V. Thébault
Docteur ès sciences
Préparateur à la Faculté de Médecine.

I. — Aperçu chimique sur l'arrhénal

Depuis que M. le Prof. Armand Gautier a lancé dans le monde thérapeutique les produits arsenico-méthyliques, de nombreux auteurs ont apporté à la question l'appoint de leurs connaissances, mais, sans s'arrêter aux succès de sa première découverte, l'auteur a continué ses recherches, et, de sa collaboration avec M. Mouneyrat, son préparateur, est né le *méthylarsinate disodique* qui, dans le monde médical, porte différents noms, dont l'un des plus connus est celui d'arrhénal.

Dans une communication déposée à l'*Académie des Sciences*, le 10 février 1902, ces deux auteurs faisaient part de leur découverte au monde savant.

Le 25 février 1902, M. Armand Gautier lisait à l'*Académie de Médecine* la note suivante :

« La médication cacodylique est une arme savante qui permet au médecin de manier utilement, sous forme inof-

fensive, l'arsenic, dont les applications thérapeutiques étaient jusque-là restées difficiles, incertaines et non sans danger. Le cacodylate, et, s'il en existe, les composés arsenicaux analogues remplaceront désormais les anciens composés de l'arsenic minéral, dont ils multiplient les effets utiles, sans en avoir les propriétés nocives.

« On sait, en effet, aujourd'hui, que l'arsenic, introduit dans l'économie sous forme de préparations minérales, passe d'abord entièrement dans les globules blancs mononucléaires, et particulièrement dans les grands mononucléaires, à noyaux irréguliers, cellules spéciales dans lesquelles il est transformé, assimilé sons forme organique, et probablement albuminoïde, avant de pouvoir être utilisé.

« Dans le cas de l'arsenic minéral, cette transformation ne se fait pas sans grand dommage pour les éléments qui l'absorbent, obligés qu'ils sont à ce travail préalable qui change l'arsenic minéral et toxique en arsenic organique inoffensif.

« Les cacodylates, au contraire, apportent à ces éléments du sang l'arsenic prêt à être assimilé et privé de ses propriétés vénéneuses.

« Mais les cacodylates ont un inconvénient : ils ne sauraient, sans danger, être absorbés longtemps par la voie intestinale, transformés qu'ils sont partiellement dans le tube digestif en produits de réduction, à odeur alliacée, très toxiques, qui fatiguent les malades, provoquent la dyspepsie et la gastrite, et, passant dans le sang, congestionnent le rein jusqu'à provoquer souvent l'albuminurie.

« J'en ai publié déjà plusieurs cas, et d'autres en ont observé comme moi. J'en donnerai plus loin de nouvelles preuves.

« Au contraire, en piqûres hypodermiques, les cacodylates

sont parfaitement supportés, et l'on peut généralement faire accepter ce mode de traitement aux malades qui veulent guérir.

« Mais, dans les affections chroniques, telles que la tuberculose, où les piqûres de cacodylate doivent se poursuivre des mois, chez les enfants, les nerveux, etc., les malades se fatiguent et refusent quelquefois ce mode d'administration du médicament.

« Les faits m'ont, d'ailleurs, démontré combien il est malaisé de convaincre entièrement le médecin de la nécessité d'utiliser exclusivement la voie hypodermique si le traitement doit se prolonger. Les preuves que j'ai données du danger de l'emploi de ce médicament par la voie gastrique ne sont pas reproduites dans les extraits forcément raccourcis des journaux de médecine.

« Il y aura, d'ailleurs, toujours une tendance naturelle à revenir à l'emploi d'un médicament par la bouche, surtout si ses effets malfaisants secondaires ne sont pas immédiats, s'ils sont voilés! comme c'est ici le cas, par une action thérapeutique momentanément avantageuse. C'est ainsi qu'au détriment de la méthode et de l'intérêt des malades, beaucoup de médecins donnent encore les cacodylates par la bouche.

« Je me suis donc demandé s'il n'existerait pas, ou si l'on ne pourrait pas obtenir, des produits arsenicaux qui, tout en jouissant de la puissance thérapeutique des cacodylates, n'exigeassent cependant pas, comme eux, la voie hypodermique.

« Dans cet ordre d'idées, il était naturel de songer d'abord aux corps arsenicaux organiques de constitution analogue aux cacodylates, soit que ces corps existassent déjà, soit qu'on en produise de nouveaux ainsi que nous nous sommes

proposés de le faire avec mon préparateur actuel M. Mouneyrat.

« Le plus simple de tous ces composés prévus ou connus, celui qui se rapproche le plus des cacodylates, est le méthylarsinate disodique $As(CH^3)O^3Na^2, 2H^2O$, corps déjà obtenu depuis quelques années, mais dont on n'avait tiré jusqu'ici aucun parti. »

Le *méthylarsinate disodique* diffère très peu du cacodylate ou *diméthylarsinate sodique*. Leurs formules réciproques sont en effet :

$$\begin{matrix} CH^3 \\ CH^3 \end{matrix} \!\!> As \!\! \begin{matrix} \nearrow O \\ \searrow ONa \end{matrix} \qquad \text{et} \qquad CH^3\text{—}As \!\! \begin{matrix} \nearrow O \\ \text{—} ONa \\ \searrow ONa \end{matrix}$$

Diméthylarsinate sodique ou cacodylate — Méthylarsinate disodique ou arrhénal

Leur mode d'action est cependant bien différent.

Le premier est toxique et susceptible d'adultérer le rein tandis que le second n'est pas toxique et traverse l'organisme sans déterminer d'accidents, du moins lorsqu'on l'obtient à l'état de pureté.

Le cacodylate se décompose en effet dans l'estomac en oxyde de cacodyle, qui est toxique, toxicité qui se traduit par une odeur alliacée, des accidents néphrétiques, des troubles gastriques, qui forcent le médecin à employer la voie sous-cutanée, procédé si difficilement accepté par le malade. Avec l'arrhénal au contraire, rien de tout cela ne se présente.

L'arrhénal est un corps blanc à cristallisation prismatique, perdant à l'air son eau de cristallisation en présentant le phénomène de l'efflorescence.

Il ne fond qu'à 300° sans dégager l'odeur d'ail, ce qui est

un avantage thérapeutique, et au-dessus de cette température, il se décompose sans fondre, mettant de l'arsenic métallique en liberté.

Cristallisé dans l'eau, il fond entre 130 et 140°.

Le méthylarsinate disodique est extrêmement soluble dans l'eau, aussi bien à froid qu'à chaud. Il est à peine soluble dans l'alcool concentré.

Il est insoluble dans l'éther, la benzine, le sulfure de carbone, l'éther de pétrole, l'huile, etc.

Les ferments de l'estomac n'ont aucune prise sur lui, ce qui lui permet de passer directement dans le sang sous la forme As (CH^3) O^3Na^2.

L'étude de sa formule permet de voir qu'il contient 34 p. 100 de son poids d'arsenic métalloïdique, correspondant à 45 p. 100 d'acide arsénieux.

Si l'on compare les caractères constants de l'arrhénal et ceux du cacodylate, on voit en résumé que :

La formule de l'arrhénal est

$$CH^3{-}Az{\begin{matrix} \nearrow\!\!\!\nearrow O \\ -ONa \\ \searrow ONa \end{matrix}}$$

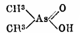
tandis que celle du cacodylate est

$$\begin{matrix} CH^3 \searrow \\ CH^3 \nearrow \end{matrix} As \begin{matrix} \nearrow\!\!\!\nearrow O \\ \searrow ONa \end{matrix}$$

L'acide méthylarsinique a pour formule :

$$CH^3{-}As{\begin{matrix} \nearrow\!\!\!\nearrow O \\ -OH \\ \searrow OH \end{matrix}}$$

tandis que l'acide cacodylique a pour formule



Le premier fond à 162° tandis que le second fond à 198°. Comme conséquence de cette différence du point de fusion des acides, il résulte que les sels ont eux-mêmes des points de fusion qui sont : 140°, pour le méthylarsinate disodique cristallisé dans l'eau et non desséché, et 75°, pour le cacodylate de soude semblablement cristallisé dans l'eau et non desséché.

Les caractères analytiques sont également très différents, ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

RÉACTIFS	ARRHÉNAL	CACODYLATE
Tournesol............	Bleuit le papier rouge de tournesol.	Neutre.
Phtaléine du phénol....	Rougit la phtaléine du phénol.	Neutre.
Azotate d'argent.......	Précipité blanc en petites aiguilles de méthylarsinate d'argent insoluble dans l'eau.	Pas de précipité, pas de trouble.
Sulfate de cuivre......	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Acétate neutre de plomb	Précipité blanc.	—
Sous-acétate de plomb.	—	—
Bichlorure de mercure.	Précipité rouge-brique d'oxyde de mercure.	—
Nitrate mercureux.....	Précipité blanc.	Précipité blanc, devenant presque immédiatement jaune.
Chlorure de calcium...	Rien à froid ; à l'ébullition, précipité abondant d'écailles blanches.	Pas de précipité, ni à chaud, ni à froid.
Azotate de cobalt......	Précipité violacé.	Pas de précipité.
Sulfate de nickel.......	— vert-pré.	—
Sulfate de manganèse..	— couleur chair	—
Sulfate de fer ammoniac.	— vert.	—
Perchlorure de fer.....	Pas de précipité.	—
Chlorure d'or.........	—	—
Chlorure de platine....	—	—
Hydrogène sulfuré.....	—	—

La pureté du méthylarsinate étant d'une importance capitale, on conçoit que les auteurs qui se sont occupés de la question aient cherché les procédés les plus propres à livrer au monde médical des produits aussi exempts d'impuretés que possible.

Ce travail a été réalisé par M. Adrian qui, le 12 mars 1902, communiquait à la Société de thérapeutique le résultat de ses recherches que publiait presque en même temps le journal *Les Nouveaux Remèdes* du 23 mars 1902.

Ce mémoire étant d'une importance capitale, nous allons le résumer.

Après avoir montré que le mode même de fabrication de l'arrhénal est une cause d'introduction d'impuretés dans le produit, et après avoir comparé les deux formules de l'arrhénal et du cacodylate, Adrian recherche la teneur en arsénic des deux corps et trouve

33,19 p. 100 dans l'arrhénal
et 36,05 p. 100 dans le cacodylate.

L'auteur rappelle ensuite les caractères physiques et chimiques de l'arrhénal sur lesquels nous ne reviendrons pas puisque nous les avons énumérés plus haut.

Il indique les réactions caractéristiques de l'arrhénal :

« La solution aqueuse de l'arrhénal, dit-il, est beaucoup plus stable que celle du cacodylate; tandis qu'il suffit de faire passer un courant d'air pendant quelques instants pour provoquer un commencement de décomposition dans une solution aqueuse de cacodylate de soude, la solution d'arrhénal ne commence à être transformée qu'après un passage de plusieurs heures.

« Elle donne alors, au lieu du précipité blanc fourni par le

nitrate d'argent, un précipité légèrement grisâtre, *caractéristique de la non-altération du produit.* »

Adrian donne alors le tableau ci-dessous qui résume les réactions caractéristiques de l'arrhénal comparativement avec l'arsenite de soude, l'arseniate de soude et le cacodylate :

Terminant enfin sa note, Adrian donne le procédé d'analyse rapide ci-dessous :

« Une des réactions les plus importantes pour l'examen rapide de l'arrhénal est celle du nitrate d'argent.

« Un procédé très commode consiste à laisser tomber quelques gouttes de la solution d'arrhénal à examiner sur une feuille de papier filtre.

« On verse également quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent dans le voisinage; la défectuosité de l'arrhénal provenant soit d'une altération, soit d'une mauvaise fabrication, est très nettement indiquée par la formation d'une tache jaune clair à la rencontre des deux solutions sur le papier. »

En terminant, nous noterons un détail qui a une réelle importance au point de vue thérapeutique. On trouve à l'heure actuelle, dans le commerce, sous des noms divers, des méthylarsinates sodiques qui contiennent un certain nombre d'équivalents d'eau en plus de la quantité normale; le plus souvent ce sont deux équivalents d'eau en plus, que l'on trouve, et, dans ce cas, la teneur en arsenic actif baisse de 6 p. 100 environ.

RÉACTIFS	ARSENITE DE SOUDE	ARSÉNIATE DE SOUDE	ARRHÉNAL	CACODYLATE DE SOUDE
Nitrate d'argent	Précipité jaune pâle soluble dans l'ammoniaque.	Précipité rouge-brique soluble dans l'ammoniaque.	Précip. blanc soluble dans l'ammoniaq. et dans acide acétique	Pas de précipité.
Sulfate de cuivre	Préc. vert-pomme.	Précip. blanchâtre.	Précipité vert pâle.	id.
Hydrogène sulfuré	En solution neutre, rien ; en solution acide, à froid, précipité jaune.	En solution neutre, rien ; en solution acide, à chaud, précipité jaune.	Rien en solution neutre. En solution acide et à chaud, trouble de dépôt d'un précipité blanc grisâtre.	En solution acide et à chaud, rien d'abord; après 1 h. précipité cristallin, légèrement teinté en jaune.
Sulfhydrate d'ammoniaque	Précipité blanc.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide sulfurique	Rien d'abord, précipité cristallin, après 12 heures.	Rien.	Rien.	Rien.
Nitrate de mercure	Précipité blanc, devient gris avec le temps.	Précipité jaune.	Précipité blanc qui noircit immédiatement.	Comme pour l'arrhénal.
Sulfate de magnésie additionné et chlorure d'ammonium et d'ammoniaque	Rien d'abord, précipité blanc après 12 heures.	Précipité blanc.	Rien.	Rien.
Chlorure de calcium	Précipité blanc.	Précipité blanc.	Rien à froid, précipité abondant à 100°	Pas de précipité.
Chlorure d'or	Réduit à chaud en liqueur acidulée.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide chlorhydrique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.

II. — Aperçu pharmacodynamique sur l'arrhénal.

L'arrhénal étant un composé arsenico-méthylosodique agit principalement par l'arsenic qu'il contient. Étudier les fonctions dynamiques de l'arrhénal revient donc, en dernière analyse, à étudier les fonctions dynamiques de l'arsenic.

Je me propose dans ce paragraphe, après avoir rappelé aussi sommairement que possible l'histoire thérapeutique de l'arsenic, de mettre le mode d'action de l'arrhénal en parallèle avec celui des autres préparations arsenicales, seul procédé, à mon avis, capable de montrer la supériorité de la nouvelle drogue sur les anciennes.

Si l'arsenic, sous la forme métalloïdique n'a pas d'emploi en thérapeutique, il est au contraire d'un usage courant sous la forme des sels qui en dérivent.

Je n'ai pas l'intention de rapporter ici la longue liste des préparations plus ou moins empiriques employées par nos prédécesseurs, renvoyant pour cela à l'article si documenté que de Savignac a publié dans le *Dictionnaire de Dechambre*, en 1867, sous la rubrique *Arsenic*.

Passons simplement en revue l'emploi qui a été fait de l'arsenic dans la thérapeutique.

Il semble, de par la lecture des textes anciens, que l'arsenic a été employé depuis la plus haute antiquité. Les Romains et les Grecs en faisaient un usage des plus fréquents. Les Arabes en ont retiré de grands bénéfices, mais à l'époque de Paracelse, qui s'en fit le défenseur ardent, ce corps tomba en discrédit et ne fut réhabilité qu'au XVIIIe siècle.

Parmi la pléiade d'auteurs qui se livrèrent à son étude nous citerons Fowler, Pearson, Boudin, qui ont donné la formule de préparations qui portent leur nom.

Ce court exposé historique étant fait, jetons un rapide coup d'œil sur son action physiologique.

A l'extérieur, l'arsenic est employé comme caustique, irritant, modificateur des éruptions herpétiques ou dépilatoires.

A l'intérieur, c'est un hyposthénisant, excitant, tonique-stimulant, névrosthénique ou altérant. C'est un corps protéiforme qui, manié habilement, amène des résultats surprenants et absolument merveilleux.

Passons rapidement en revue les différents effets de l'arsenic sur les divers systèmes de l'organisme :

A. — *Organes digestifs.* — Étant des irritants au premier chef, les arsenicaux doivent toujours être employés sous forme de dissolution, lorsqu'ils sont solubles. Tout autre mode d'emploi serait aller au-devant d'accidents sur la muqueuse du tube digestif.

Malgré cette précaution, les arsenicaux sont encore susceptibles de déterminer des érosions ulcériformes; aussi convient-il de les manier avec une très grande prudence.

Seuls les sels insolubles peuvent être employés en nature sous forme de pilules.

Lorsqu'ils irritent la muqueuse digestive, ils déterminent une sensation de chaleur dans l'œsophage, des douleurs hypogastriques. Les nausées sont rares et les vomissements le sont encore plus.

Sur l'intestin, il traduit son action nocive par des coliques, de la diarrhée.

Il y a augmentation de la soif et de l'appétit. Les digestions sont plus actives, les forces excitées, surtout lorsque l'arsenic est employé à doses très minimes et longuement soutenues.

B. — *Organes circulatoires.* — L'arsenic aurait pour les

contro-stimulistes la propriété de ralentir, de déprimer les pulsations cardiaques et artérielles. Il produirait de l'hypothermie accompagnée ou non de lypothymies, de sueurs froides, de syncopes.

Sans refuser à l'arsenic les propriétés que nous venons de signaler, Orfila le considère plutôt comme un excitant circulatoire susceptible de déterminer au début de l'intoxication une poussée fébrile. Antérieurement bon nombre d'auteurs, parmi lesquels Trousseau et Pidoux, reconnaissaient à l'arsenic la propriété de produire « une chaleur ordinairement sèche, irradiant du creux de l'estomac et se propageant ensuite à tout le corps et principalement au front; un état fébrile léger, mais évident, n'affectant jamais le type intermittent et régulier, à moins que l'arsenic n'ait été donné lui-même à doses très éloignées et régulièrement ».

C'est également l'avis de Millet.

Quelques auteurs ont prétendu que l'arsenic avait sur le sang une action nuisible en donnant naissance à la déglobulisation.

Des recherches ont montré qu'il n'en est rien et qu'au contraire, il favorise la formation des globules rouges et n'a d'effet inverse que chez les sujets frappés de cachexie ou considérablement déprimés par un long abus.

C. — *Organes respiratoires.* — L'arsenic active la respiration, la rend plus profonde, plus ample, et combat l'échauffement en favorisant l'hématose. Ce phénomène est bien connu des arsenicophages qui demandent à ce métalloïde le tonique dont ils ont besoin pour résister à une grande fatigue.

D. — *Sécrétions.* — L'arsenic s'élimine par le rein et la salive, aussi facilite-t-il la diurèse et la sialorrhée. Il a une action manifeste sur la production de la bile.

E. — *Peau* — Les phénomènes cutanés sont considérablement modifiés par le métalloïde et si, parfois, il ne traduit pas son action d'une façon visible, il n'agit pas moins en modifiant l'état général du sujet.

F. — *Système nerveux.* — Le système nerveux et surtout le sympathique est extrêmement sensible à l'action de l'arsenic. Non seulement il agit à titre d'excitant, mais encore il est susceptible de réveiller l'énergie des membres inférieurs surtout, d'où *une très grande aptitude à la marche* (Masselot). D'autres fois il agit comme sédatif, surtout dans les cas d'intolérance. Il est susceptible de déterminer des paralysies chroniques au même titre que le plomb.

Son action sur les organes génitaux est plus controversée, car les uns en font un aphrodisiaque, tandis que les autres en font un anaphrodisiaque. De nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

De ce court exposé physiologique découlent les applications thérapeutiques des arsenicaux pour lesquels, plus que pour tout autre produit, on doit avoir présent à l'esprit cette phrase de Claude Bernard : *Toute substance qui, à hautes doses, éteint les propriétés d'un élément organique, les excite à petites doses.*

Sans être absolu dans l'application thérapeutique, on peut dire que l'arsenic est : 1° un *altérant* et qu'à ce titre il agit sur les fonctions nutritives en modifiant les liquides humoraux de l'organisme ; 2° un *modificateur spécial du système nerveux*, et particulièrement du système ganglionnaire ; d'où son action sur les organes qui sont placés sous son autorité : poumons, cœur, intestin, etc.

Localisation et élimination de l'arsenic. — On a reproché à l'arsenic de se localiser dans l'organisme, de s'y accumuler et

de s'en éliminer lentement. Tous ces reproches sont fondés, mais ont été beaucoup exagérés. Le foie qui est le lieu d'élection de la loealisation n'en aceumule jamais, en dehors des cas d'intoxication, une quantité telle qu'elle soit susceptible d'amener des accidents. Le métalloïde demeure, il est vrai, assez longtemps dans les tissus, jusqu'à trente jours, dit Orfila, mais insuffisamment pour produire des aceidents toxiques qui ne se présentent que si l'on a introduit d'emblée une dose trop eonsidérable d'arsenic, auquel eas l'absorption normale augmente d'une surcharge qui n'a rien à voir avec l'aceumulation dont nous parlions dans les lignes préeédentes.

Certains individus ont à l'égard de l'arsenic une intoléranee remarquable : aussi eonvient-il de l'administrer à doses fractionnées, préférablement en solution et à notable distance des repas, pour éviter tout trouble digestif. On augmentera ensuite graduellement la dose et l'on sera surpris bien souvent de eonstater la quantité eonsidérable absorbée par le sujet.

Les phénomènes d'intoléranee sont importants à eonnaître, ear avant-coureurs d'une intoxieation grave, ils permettent toujours de l'éviter en arrêtant l'administration du médicament.

Cette intolérance se traduit, d'après Isnard, par du dégoût, de l'anorexie, une saveur euivrée dans la bouehe, des nausées.

De Savignac ajoute des eoliques, de la diarrhée et un sentiment de faiblesse plus ou moins notable.

Devergie prétend que le plus remarquable et le plus constant est une gêne respiratoire intense.

Cette dyspnée est le seul phénomène que nous ayons relevé au début de l'observation rapportée plus loin.

La tolérance s'établit mieux chez l'homme que chez la femme, et elle est parfaite chez l'enfant, à la condition de bien proportionner à son âge les doses ingérées.

Disons cependant que quelques individus peuvent présenter une intolérance absolue à l'égard de l'arsenic, aussi convient-il de toujours tater la susceptibilité du sujet avant de donner d'emblée de fortes doses qui peuvent exposer à quelques mécomptes graves.

Action thérapeutique. — Je rappellerai brièvement qu'à l'extérieur les médecins emploient beaucoup les composés arsenicaux, en qualité de caustiques, d'épilatoires, de parasiticide, de cautérisant.

Les sels d'arsenic ont été jusqu'ici fort peu employés pour l'usage externe, bien que Trousseau et Pidoux préconisent une pommade épilatoire à base d'arsenite de potasse.

A l'intérieur, les sels d'arsenic sont depuis longtemps d'un usage courant.

Ils ont été employés avec succès dans les maladies périodiques, dans les névralgies. Ils ont donné entre des mains habiles des résultats inespérés.

L'affinité élective très accusée pour la peau, que possède l'arsenic, a été mise à profit par les dermatologistes.

Dans la syphilis, à la période tertiaire, alors que l'iodure et le mercure ont déblayé le terrain, l'arsenic a donné de très brillants résultats, surtout dans les cas de syphilis cutanée.

Ce n'est qu'au commencement de ce siècle que l'arsenic a été systématiquement employé contre les maladies pulmonaires.

S'appuyant sur les indications de Dioscorides, sur l'observation des arsenicophages, sur les résultats obtenus par

l'emploi des eaux du Mont-Dore dans lesquelles les chimistes venaient de découvrir de l'arsenic, les praticiens employèrent systématiquement les sels d'arsenic contre les affections du système respiratoire, tels que : inflammation herpétique, eczéma des bronches.

Sous l'influence de l'arsenic, les sécrétions se tarissent souvent comme par enchantement.

Dans la phtisie, la toux diminue, la fièvre s'amende et peut même quelquefois disparaître.

De Savignac explique ainsi l'action curative :

« Calmant et modérateur du système nerveux, d'une part, l'arsenic agit favorablement sur la toux; et d'autre part, apte à rendre à ce même système l'incitation à la faveur de laquelle les fibres contractiles des bronches expulsent les produits amassés dans l'intérieur de ces tubes, appellent et chassent l'air destiné à l'hématose, il restitue à la respiration ses conditions normales, prévient, combat ou dissipe les dyspnées avec plus ou moins d'efficacité selon qu'elles ont pour cause une entrave organique ou qu'elles sont purement nerveuses. Anticatarrhal, surtout en présence d'un élément herpétique et antidyspnéique, telles sont les deux principales manières de se comporter de l'arsenic dans les maladies des organes respiratoires, et de là doivent découler les espérances du praticien. »

Bretonneau, Millet, Trousseau et beaucoup d'autres ont retiré de grands bénéfices de l'emploi des sels arsenicaux dans les bronchites chroniques qui peuvent guérir tout à fait, dans l'asthme dont les accès sont amoindris d'intensité, dans la tuberculose dont la marche a pu parfois être enrayée.

Les névroses semblent considérablement modifiées sous l'action de l'arsenic; telles sont par exemple : la gastralgie

(Bretonneau); la chorée (Gregory, Romberg); l'asthme (Trousseau); la coqueluche (Millet); les troubles nerveux concomitants de la chlorose (Isnard); la débilité musculaire (Savignac); l'angine de poitrine (Teissier, de Lyon).

Hunt, en Angleterre, et Burns, aux États-Unis, rapportent que les accidents produits par les hémorragies pré ou post-abortifs sont très rapidement réparés par l'arsenic.

Lamarre, Picquot et Massart ont retiré de bons avantages de l'emploi de l'arsenic dans les congestions et surtout dans les congestions passives.

Trousseau l'a utilisé contre les entozoaires, mais à cause de la grande quantité qu'il est nécessaire d'employer et de l'extrême facilité d'absorption de la muqueuse intestinale, il n'y a pas lieu de préconiser ce mode de traitement.

Avant la période pasteurienne, les praticiens ont obtenu de brillants résultats en employant l'arsenic contre le choléra.

Enfin, Guéneau de Mussy et Beau, en employant l'arsenic *intus* et *extra*, sont parvenus à guérir le rhumatisme noueux, faits confirmés par Trousseau.

***

Tout ce que nous venons de dire de l'arsenic et de ses différentes combinaisons, considéré au point de vue général, peut s'appliquer à l'arrhénal.

Nous avons montré lors de l'exposé chimique de ce corps quelles étaient les différences de réaction, et par conséquent de quelle façon il était susceptible de se différencier thérapeutiquement des autres sels arsenicaux.

A priori, toutes les fois qu'il sera indiqué d'employer l'arsenic, nous pourrons tenter l'usage du méthylarsinate

disodique, mais sans perdre de vue la non-tolérance d médicament par certains organismes, d'où l'indication formelle. *Débuter par de très petites doses que l'on augmentera au fur et à mesure de l'accoutumance du sujet à l'arsenic.*

D'autre part, nous avons vu que l'arrhénal pouvait traverser l'organisme sans adultérer les organes, d'où la nouvelle proposition :

Il est permis d'employer à haute dose d'emblée le méthylarsinate disodique, mais à la condition expresse d'en surveiller très attentivement les effets, et cela uniquement chez les sujets précédemment accoutumés à l'arsenic par l'usage antérieur d'un autre dérivé de ce métalloïde.

Ceci posé, quel est le mode d'emploi de l'arrhénal?

Dans les observations relatées plus loin, et portant uniquement sur des adultes, nous avons employé le méthylarsinate disodique (arrhénal Adrian en solution aqueuse à 5 p. 100) à la dose de 5 centigrammes par jour.

Cependant, dans la majorité des cas, il suffit quotidiennement de 2 à 3 centigrammes, pris au moment des repas.

Il est nécessaire d'apporter des interruptions dans le traitement qui est poursuivi pendant une semaine par exemple, et est interrompu pendant un temps égal pour être ensuite recommencé.

A part quelques coliques accusées de temps à autre par les malades d'une assez grande sensibilité, nous n'avons jamais eu d'accident au cours de notre traitement.

Une fois seulement, la jeune tuberculeuse qui fait l'objet de notre première observation et qui, soit dit en passant, était extrêmement nerveuse, a accusé un peu de dyspnée, des fourmillements dans les doigts, une sensation de lourdeur dans les régions précordiale et épigastriques et de violentes céphalées.

On cesse l'emploi de l'arrhénal pendant quelques jours.

La diminution de la dose injectée au moment de la reprise du traitement a empêché le retour de semblables accidents.

Nous avons également employé le méthylarsinate par la voie buccale qui nous a présenté le plus d'avantages certains et rapides.

Nous avons surtout employé l'arrhénal sous la forme de potion, soit seul, soit associé à l'opium dans le but d'entraver les douleurs produites par les coliques en cas d'intolérance, et juguler dans la mesure du possible la diarrhée qui accompagne si souvent le début de l'intoxication.

Nous avons eu recours aux formules suivantes :

Arrhénal...........................	5 gr.
Eau distillée...........................	100 »

ou encore :

Arrhénal...........................	5 gr.
Eau distillée de menthe................	100 »

ou encore :

Arrhénal...........................	5 gr.
Eau distillée...........................	100 »
Essence de menthe..............	Q. s. aromat.

XXV gouttes par jour au maximum, en donnant X gouttes à chaque repas.

V gouttes contiennent 1 centigramme d'arrhénal. On peut encore formuler :

Arrhénal...........................	0 gr. 08
Extr. gommeux d'opium...	0 » 05
Sirop de limon........	40 »
Hydrolat de tilleul.............	Q. s. 125 »

5 cuillerées à soupe *pro die* à intervalles égaux.

III. — Aperçu clinique sur l'arrhénal.

Partant des travaux que nous avons précédemment cités et des résultats obtenus par nos prédécesseurs dans les différentes affections générales de l'organisme lorsqu'ils ont fait usage de l'arsenic, nous avons appliqué le méthylarsinate disodique à l'étude de la tuberculose, de l'anémie, de la grippe, de l'asthme et de l'adénopathie.

Nous n'avons pu, l'occasion ne s'en étant pas offerte à nous, contrôler les recherches de notre confrère Billet, de Constantine, sur le paludisme.

C'est encore Armand Gautier qui, dans trois communications faites à l'*Académie des Sciences* le 10 février 1902 et à l'*Académie de Médecine* les 11 et 25 février 1902, apprit au monde savant les résultats obtenus par l'emploi de l'arrhénal.

Il résulte de la lecture de ces notes que le méthylarsinate disodique est un auxiliaire thérapeutique des plus précieux.

J'expose ci-dessous mes observations personnelles qui sont peu nombreuses à la vérité, mais qui permettent néanmoins de juger des bons résultats obtenus, par moi, dans l'emploi de ce nouveau produit pharmaceutique.

A). *Tuberculose.* — Nous avons traité par le méthylarsinate disodique trois cas de tuberculose du premier degré :

1° Une jeune bonne de dix-neuf ans vient en mai 1902 me consulter pour un amaigrissement progressif dont le début remontait à quatre semaines environ. Sueurs nocturnes, fièvre vespérale. Submatité au sommet gauche en arrière. Respiration rude et saccadée. Perte de l'appétit.

En deux mois, sous l'influence de l'arrhénal, donné sous formes de piqûres hypodermiques, la malade gagne 2 kg.400,

la toux sèche et saccadée s'éteint. Les quintes, qui étaient devenues plus rares après un mois de traitement, disparaissent tout à fait à fin mai. L'appétit revient. La respiration devient plus régulière et la malade voit avec satisfaction disparaître les sueurs nocturnes et la fièvre vespérale.

L'auscultation ne révèle aucun signe stéthoscopique anormal. La malade est envoyée à la campagne considérée en pleine voie de guérison;

2° Il s'agit d'un jeune garçon, de quinze à seize ans, qui présentait, comme la malade précédente, des signes non douteux de tuberculose débutante.

Après un mois et demi de traitement, tous les signes stéthoscopiques se sont améliorés à ce point qu'il serait difficile d'en retrouver les traces, si l'on n'avait ausculté le malade très fréquemment et si l'on n'avait suivi pas à pas la guérison;

3° Le troisième cas se rapporte à un homme d'une cinquantaine d'années, porteur d'une énorme caverne au sommet gauche.

En un mois, la fièvre qui n'a pas cédé complètement a diminué d'intensité. Les sécrétions ont également diminué. La respiration moins courte permet au malade d'accomplir un travail musculaire plus long et plus pénible avec diminution de la fatigue. Relèvement des forces et de l'appétit. Diminution des sueurs nocturnes. Le malade a d'ailleurs augmenté de 1.800 grammes depuis le début du traitement.

Ce malade est encore loin de la guérison espérée, mais l'amélioration constatée est tellement patente que tout fait espérer une guérison rapide dans un avenir rapproché.

B). — L'*anémie* traitée par l'arrhénal s'est modifiée très rapidement sous l'influence de l'arsenic introduit dans l'organisme, les échanges respiratoires ont augmenté d'inten-

sité, nous avons pu apprécier avec satisfaction un retour rapide du malade à la santé.

1° Jeune fille de quinze ans, couturière, travaillant dans un atelier obscur. Pâle, maigre, a toujours froid.

Faiblesse musculaire très accusée, qui l'empêche d'accomplir un travail un peu long. Céphalée en casque. Facilement irritable, mais incapable d'attention par fatigue du système nerveux. Inappétence. Digestions difficiles, pénibles. Tendances syncopales.

Constipation. L'examen microscopique des globules sanguins donne 3.570.000. Souffle cardiaque très net. Dyspnée.

La malade absorbe chaque jour 5 centigrammes de méthylarsinate disodique.

Quinze jours plus tard, le sujet a engraissé. Il respire mieux. La coloration revient.

La numération globulaire donne 4.000.000. La malade est revenue nous consulter fin avril, c'est-à-dire un mois après le début du traitement : le chiffre des globules s'est élevé à 4.300.000. La coloration des muqueuses est revenue. Il en est de même de l'appétit. Les évacuations se sont régularisées. La malade est envoyée à la campagne pour parfaire sa cure, le méthylarsinate étant cessé.

2° Fin avril, je reçois la visite d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, employé d'une grande administration, qui travaille continuellement à la lumière artificielle Symptômes classiques de l'anémie.

Le nombre des globules est de 2.800.000 environ.

Sous l'influence du méthylarsinate le nombre des globules augmente rapidement : en un mois, il s'est élevé à 4.600.000. Les troubles anémiques ont disparu et le malade peut être envoyé à la campagne achever sa guérison au moyen d'une cure de grand air.

3° Vers le milieu de mars, une femme qui avait eu un mois auparavant un accouchement des plus pénibles, accompagné de perte sanguine considérable vient me consulter.

Employée dans un magasin de nouveautés, elle manque absolument de la quantité d'oxygène qui lui est quotidiennement nécessaire.

Troubles anémiques typiques aggravés par la saignée abondante supportée au moment de l'accouchement.

Le méthylarsinate est donné sous forme de gouttes bien tolérées d'ailleurs. Le nombre des globules qui était en mars de 1.900.000 s'accroît rapidement en même temps que les troubles anémiques disparaissent.

Elle prend un léger embonpoint. Fin avril, le nombre des globules s'élève à 3.000.000. L'appétit est revenu.

Les évacuations sont normales. La dyspnée est disparue et la fatigue se fait de moins en moins sentir.

A fin mai, le nombre des globules a atteint 5.000.000 et la malade complètement remise part pour la campagne.

C. — *Grippe*. — En mars 1902, nous avons employé le méthylarsinate disodique à plusieurs reprises, nous avons observé que sous l'influence de ce traitement les accidents pathologiques ont rétrocédé beaucoup plus rapidement que chez les malades traités par la quinine et par l'opium, soit seuls, soit associés à l'antipyrine. En très peu de temps, la respiration devenait plus ample, plus facile, les phénomènes congestifs cessaient et, chose qui avait sur l'esprit du malade une importance capitale, ce dernier augmentait de poids très rapidement.

D. — *Asthme*. — Dans un cas d'asthme, le méthylarsinate semble calmer très rapidement sa crise.

Le malade est un homme de 50 ans qui, à l'occasion d'un

temps orageux, est pris subitement, au milieu de la nuit, d'une crise d'étouffement qui le force à quitter le lit. Il se précipite à sa fenêtre qu'il ouvre, aspire un peu d'air frais, mais sans en retirer aucun bénéfice. Appelé aussitôt, une piqûre de morphine calme tout. Le lendemain matin, je revois le malade qui m'apprend que tous les étés sont pour lui un véritable supplice, car il a beaucoup à souffrir de l'accumulation de l'électricité dans l'air. « Chaque fois, me dit-il, que le temps est un peu orageux, je fais une crise d'asthme. J'ai vu beaucoup de vos confrères. J'ai épuisé toute la thérapeutique sans en retirer aucun bénéfice. »

Connaissant les résultats obtenus par Trousseau dans l'asthme traité par l'arsenic, j'ai pensé que peut-être le le méthylarsinate me donnerait un bon résultat. J'ai formulé ainsi :

Arrhénal..................... ...		0 gr. 05
Sirop belladoné..................	āā	30 »
— thébaïque.................		
Hydrolat de menthe q. s.........		125 »
Vanilline q. s. arom.............		

A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

La semaine pendant laquelle on appliqua cette thérapeutique fut extrêmement orageuse. Le malade n'a eu aucune crise.

Cette observation est la seule que je possède, mais il est probable que d'autres viendront corroborer les faits observés par moi.

E. — *Adénopathie.* — Chez les adolescents, le méthylarsinate augmentant par l'intermédiaire de l'arsenic métallique introduit dans l'organisme, la combustion des produits de déchet semble favoriser les phénoménes de phagocytose.

Deux fois, j'ai constaté sous l'action de l'arrhénal la diminution rapide du volume des ganglions cervicaux tuméfiés.

En résumé :

1° *L'arrhénal* nous a donné de brillants résultats dans tous les cas où l'arsenic était indiqué, et cela dans un temps beaucoup plus rapide que ne le fait le cacodylate et surtout la liqueur de Fowler.

2° A part les accidents isolés signalés plus haut et que nous mettons sur le compte d'un produit impur employé à trop forte dose, nous n'avons jamais eu occasion de constater de phénomènes toxiques.

L'arrhénal possède donc un immense avantage et c'est à lui que doit revenir la préférence, parmi toutes les préparations arsenicales que possède la thérapeutique actuelle.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Etat actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1),

par les Drs R. Picou et A. Bolognesi,
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

(*Suite*)

Chapitre II. — Pathogénies modernes.

VII. —Déjà, en 1882 et 1892, Talamon, un des premiers qui se soient occupés de l'appendicite en France, avait eu l'idée du vase clos : « Une concrétion intestinale, dit-il, s'engage

(1) Voir le n° 7, du 23 août 1902.

brusquement dans l'appendice par une contraction intempestive du cæcum, y pénètre à frottement et s'enclave dans la partie supérieure de l'étroit canal. Deux conséquences en résultent : d'une part, l'oblitération de l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cæcum ; de l'autre, compression des parois, gêne de la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. De l'oblitération de l'orifice résultent l'accumulation des produits de la sécrétion glandulaire de la muqueuse et la distension de l'appendice ; de la compression des vaisseaux, la diminution de vitalité. Les microbes, qui existent en permanence à la surface de la muqueuse de l'intestin, pullulent et se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré comme un vase clos. Ces microbes, inoffensifs à l'état normal et impuissants contre les éléments sains, triomphent sans peine de ces éléments privés du liquide sanguin nourricier. » (Talamon, *Appendicite et pérityphlite*. Paris, 1892, p. 46.)

La théorie de Talamon est fondée sur une erreur, ainsi que l'a démontré Rochaz (Thèse de Lausanne, 1895) ; les calculs ne tombent pas tout formés de l'intestin dans l'appendice dont la lumière n'a tout au plus que 0m005 de diamètre et ne permettrait pas cette arrivée brusque, même dans les cas d'absence de valvule de Gerlach.

Voici ce qui doit ordinairement se passer : sous l'influence d'un catarrhe du gros intestin, catarrhe qui s'accompagne d'une paralysie des fibres musculaires lisses de l'appendice sous-jacentes à sa muqueuse enflammée, des matières liquides pénètrent dans la cavité de ce dernier, puis durcissent ultérieurement par résorption de leur partie aqueuse, laissant à leur place un noyau fécal consistant qui deviendra le point de départ du calcul appendiculaire. Ce noyau fécal consistant reste dans la cavité de l'appendice

dont les fibres musculaires, fort peu actives à l'état normal à cause de l'innervation rudimentaire de la paroi appendiculaire, le deviennent encore moins lorsque l'organe a déjà subi l'atteinte de quelque processus pathologique antérieur. Autour de ce noyau fécal, comme Ribbert (*Virchow's Archiv*, 1893) l'a déjà démontré, se déposent sans cesse de nouvelles couches de mucus englobant des cellules purulentes provenant des sécrétions de la muqueuse appendiculaire; ce sont ces couches successives qui, prenant à leur tour de la consistance par résorption de leur partie liquide, forment la masse principale du calcul et en produisent l'accroissement incessant jusqu'à ce que, par son volume, ce dernier détermine une exagération des phénomènes existant déjà depuis longtemps à l'état latent. En d'autres termes, il ne se forme de calcul que dans un appendice déjà malade.

D'ailleurs la théorie de Talamon ne pourrait être appliquée qu'aux appendicites calculeuses. Or, la statistique de Renvers (*Dtsch. Med. Wochenschrift*, 1891, p. 131), portant sur 459 autopsies, ne mentionne la présence de calculs que dans 179 cas, et celle de corps étrangers que dans 16 cas seulement. Sonnenburg (*loc. cit.*, p. 135), sur 300 opérations, n'a trouvé des calculs que 90 fois. On voit donc que les appendicites sans calculs ou sans corps étrangers forment la majorité.

Le professeur Dieulafoy (1) a repris la théorie de Talamon en lui donnant une plus grande portée, en la généralisant : « L'appendicite, dit-il, est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close. »

(1) En partie résumé d'après la thèse de Vanbremeersch (Th. de doct., Lille, 1898).

(Dieulafoy, *Académie de médecine*, 16 mars 1896.) Quelquefois, mais très rarement, cette obstruction est produite par un corps étranger, qu'il soit extrinsèque ou intrinsèque : noyau de fruit, cheveux, poils de barbe ou de brosse à dent, aiguilles, épingles, perles, arêtes de poisson, vertèbres de poisson, etc., ou coprolithes, calculs biliaires, etc., bien que la pénétration de pareils corps soit exceptionnelle. Le plus ordinairement, le calcul appendiculaire oblitérant s'est, comme nous l'avons déjà dit, formé sur place. C'est ce que Dieulafoy appelle la lithiase appendiculaire comparable aux lithiases urinaire et biliaire.

Mais, comment expliquer la cavité close dans les appendicites non calculeuses, celles que les chirurgiens américains avaient appelées, faute de mieux, « appendicites catarrhales? » « C'est, dit-il, sous l'influence d'une inflammation aiguë, subaiguë ou chronique, non calculeuse, c'est par tuméfaction de la muqueuse infectée et par tuméfaction des parois infectées que le canal appendiculaire est oblitéré à son orifice ou sur un point quelconque de son parcours, exactement comme est oblitérée la trompe d'Eustache dans les cas d'otite. » D'autres causes peuvent déterminer la cavité close : un rétrécissement fibreux (cas d'Achard, de Rendu), un étranglement de l'appendice, que l'étranglement soit dû à une bride ou à une coudure, une torsion, un enroulement de l'appendice autour de son méso (Trèves). « La partie du canal appendiculaire sous-jacente à l'oblitération est transformée en une cavité close. » Dès lors, les microbes emprisonnés dans l'appendice, inoffensifs à l'état normal comme tous les microbes de l'intestin, « exaltent leur virulence » et deviennent pathogènes. L'appendice peut devenir « un foyer de polyinfection dont le coli-bacille et le streptocoque sont les principaux agents ». « A partir de

ce moment, l'appendicite est constituée, pourvu que les microbes emprisonnés soient doués d'une virulence suffisante; alors, l'appendice peut s'abcéder, se perforer, se gangréner, ou bien les microbes peuvent cheminer à travers ses parois et arriver ainsi au péritoine, sans que ces parois présentent la moindre perforation, comme s'il s'agissait d'une anse intestinale étranglée » pour donner lieu aux accidents les plus redoutables de l'appendicite.

Cette ingénieuse théorie est appuyée par les belles expériences de Klecki (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. IX), qui, étranglant artificiellement des anses intestinales à l'aide d'anneaux en caoutchouc, a vu les microbes de l'intestin devenir pathogènes et leur virulence s'exalter considérablement. De son côté, Roux (de Lausanne) rapportait au Congrès français de chirurgie de Lyon (1896) les résultats d'expériences qu'il avait entreprises sur les porcs auxquels il avait créé un appendice artificiel. Ceux-ci étant guéris de leur opération, il avait secondairement introduit dans leur appendice des corps étrangers; dans un cas, il obtint une perforation de cet appendice qu'on trouva communiquer avec la cavité de l'intestin grêle.

Roger et Josué (*Revue de Médecine*, 1896, n° 6), liant à leur tour la base de l'appendice chez le lapin et chez le chien, voient sa cavité se transformer en poche purulente. Baussenat, par d'autres expériences, arrivait à des conclusions un peu différentes et que voici (Baussenat, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, n° 2) : « L'appendicite est toujours ou presque toujours la conséquence d'une infection. L'infection peut se produire par la voie sanguine (1) ou lymphatique ; généralement, elle vient

(1) Les expériences de Jouve et Baussenat démontrent la réalité de cette infection par la voie sanguine. *Soc. de chirurgie*, 1897.

directement de l'intestin. Le coli-bacille en est le plus communément la cause. Si les microbes deviennent pathogènes, la muqueuse pourra perdre sa vitalité ou bien l'on verra diminuer sa puissance phagocytaire destinée à combattre l'invasion microbienne. Les causes prédisposantes préparent la voie à celle-ci, en affaiblissant les défenses de l'organisme. Une des plus importantes est l'entérocôlite, ainsi que semblent le prouver la clinique et l'expérimentation. » Baussenat avait pu, en effet, parvenir à produire, chez ses animaux en expérience, de véritables infections aiguës de l'appendice compliquant les entérocôlites consécutives à l'ingestion de viandes avariées.

D'autres expériences, faites d'abord par Hartmann et Mignot (*Société de Chirurgie*, 17 novembre 1897), puis contrôlées, refaites et présentées par Dieulafoy et Caussade à la Société médicale des Hôpitaux, le 26 novembre 1897, semblèrent confirmer les résultats de Klecki ainsi que ceux de Roger et de Josué. Voici en quoi consistaient ces expériences : Deux bouillons ayant été ensemencés, l'un avec le liquide contenu dans un appendice réséqué, au-dessus de sa cavité close; l'autre, avec le liquide provenant de la cavité close du même appendice; six cobayes inoculés avec le premier bouillon n'eurent qu'un noyau induré; six autres cobayes, inoculés avec le deuxième bouillon, eurent des abcès gangreneux et moururent infectés. Les mêmes bouillons filtrés donnèrent des résultats analogues, le premier restant inactif, le deuxième tuant par ses toxines.

VIII. — Cependant, on a objecté à Dieulafoy que les expériences de Klecki sur l'intestin pouvaient ne pas se rapporter à l'appendice, les conditions n'étant pas exactement les mêmes. D'autre part, le pus qui s'était formé dans la cavité artificielle produite par la ligature aseptique de l'appendice,

dans les expériences de Roger et Josué, ne tarde pas à se transformer en un liquide séreux : les microbes inoffensifs qui avaient été transformés en « agents pathogènes » par leur emprisonnement, n'exaltent pas leur virulence de plus en plus ; au contraire, ils perdent toute virulence après sept ou huit jours, et ces expérimentateurs ont pu garder vivant, pendant trois mois, un animal dont l'appendice était ligaturé.

On pourrait, il est vrai, répondre à ces diverses objections que l'appendice des animaux ayant servi aux expériences n'a rien de comparable à l'appendice humain ; ce dernier, en effet, est très peu vasculaire, tandis que chez les animaux, le lapin notamment, l'appendice est pourvu d'un riche réseau vasculaire anastomotique qui assure sa nutrition, même dans les cas où celle-ci paraissait le plus gravement compromise ; aussi, comme l'a fait remarquer Mühsam (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, bd. LV), il n'y a rien de surprenant à voir l'appendice vermiforme du lapin supporter des altérations expérimentales auxquelles l'appendice cæcal de l'homme ne résisterait peut-être pas. Cependant, une observation de Guinard (*Traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet, t. VII, p. 493 et suiv. 1899) montre qu'on peut rencontrer, chez l'homme, un appendice complètement transformé en cavité close, sans qu'il en résulte aucun accident grave. Dans son observation, Guinard avait bien eu l'occasion d'observer que les microbes étaient devenus agents pathogènes, comme l'indiquait le pus rougeâtre, remplissant la cavité close de l'appendice ; mais leur virulence, loin d'augmenter, avait fini par disparaître complètement, et le péritoine était demeuré indemne.

La cavité close ne suffit donc pas pour exalter la virulence des microbes de l'appendice, pas plus d'ailleurs qu'elle ne

suffit à expliquer les lésions observées au-dessous du point obstrué de sa cavité : celles-ci siègent ordinairement vers le sommet de l'organe, parce que cette région de l'appendice est celle où la circulation sanguine laisse le plus à désirer; mais elles peuvent siéger aussi au-dessus du point obstrué, ce qui paraît absolument contraire à la théorie du vase clos (Sonnenburg). Enfin, au cours de l'opération, on rencontre souvent l'appendice « perméable et même dilaté » et cependant suffisamment compromis pour que de sa conservation résultent les plus graves dangers. L'oblitération de cet organe serait même assez rare, ainsi que le montrent les coupes en série pratiquées sur de nombreux appendices par Walther et Siredey. Aux précédentes objections, Dieulafoy et Routier répondent que l'oblitération inflammatoire n'a pu être que momentanée : le canal a pu « récupérer sa perméabilité », mais l'infection n'en continue pas moins son évolution dans les parois appendiculaires. Pour Dieulafoy, l'obstruction du canal appendiculaire, la cavité close est le fait initial. Pour Pozzi, il y aurait d'abord infection intestinale et consécutivement oblitération de l'appendice par un « bouchon muqueux »; mais ce bouchon muqueux paraît n'être qu'une pure fiction.

Reclus estime que la théorie de la cavité close est impuissante à expliquer tous les cas d'appendicite. La « stagnation des liquides dans le canal appendiculaire serait, selon lui, plus conforme à la réalité; il y aurait fermentation des matières retenues : il pense qu'il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la fistule borgne interne. La stagnation existerait, même dans le type ascendant, l'appendice étant alors fréquemment coudé au niveau du changement de direction. Il attache aussi une grande importance aux rapports de l'appendicite avec l'entérocôlite

muco-membraneuse. Pour lui, comme pour beaucoup de médecins, l'appendicite n'est souvent qu'une maladie secondaire, dérivant d'un grand nombre d'états pathologiques divers, et surtout de l'entérocôlite, malgré les nombreux cas d'appendicite (Dieulafoy) où les malades semblent n'avoir présenté aucune trace cette affection : ce qui fait dire à Dieulafoy que les cas de Reclus sont de simples coïncidences, l'appendicite étant toujours pour lui une maladie primitive.

IX. — Toutefois, il n'est pas douteux que l'appendicite présente des rapports avec les infections générales : avec la fièvre typhoïde, c'est indéniable; avec la rougeole, l'embarras gastro-intestinal, c'est aussi généralement admis. On a vu également l'appendicite éclater au cours d'angines à streptocoques, les amygdales palatines et pharyngiennes infectées servant dans ce cas de porte d'entrée à l'invasion microbienne de l'organisme, et particulièrement à l'infection du tube digestif (Sonnenburg, *loc. cit.*, p. 117). De même, au cours de l'influenza, il n'est pas rare d'observer des appendicites grippales : Merklen en a rapporté trois observations des plus caractéristiques ; et il n'y a là rien de bien surprenant, si l'on réfléchit que dans le cortège symptomatique de la grippe, l'embarras gastro-intestinal est pour ainsi dire la règle. Simonin (*Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 27 décembre 1901) signalait dernièrement 18 cas d'angines infectieuses, de scarlatines graves, d'érysipèle, d'oreillons, etc., où l'on observa des signes positifs d'une inflammation de l'appendice iléo-cæcal. Cet auteur, considérant l'extrême facilité avec laquelle cet organe s'infecte, soit directement, soit par la voie sanguine ou lymphatique, va jusqu'à se demander, avec certains anatomistes, si les inflammations fréquemment répétées de l'appendice ne seraient pas la

cause de son oblitération à un âge avancé. Dans ses observations, il considère le streptocoque comme l'agent le plus fréquent, le plus actif de ces appendicites par infection générale ; c'est lui qui semble ordinairement intervenir dans les angines, l'érysipèle, la scarlatine, la grippe, la rougeole et la variole, soit comme agent initial d'infection, soit comme microbe associé ou secondaire.

Bref, la plupart des auteurs (Brun, Walther, Broca, Jalaguier, etc.) considèrent que la vraie pathogénie de l'appendicite réside dans une infection propagée à l'appendice. Et en effet chaque théorie n'évoque-t-elle pas avant tout la virulence des microbes? D'autre part, les recherches de Tavel et Lanz, faites avec les soins les plus rigoureux pour éviter toute cause d'erreur, n'ont-elles pas démontré qu'on peut trouver dans l'appendice malade les microbes les plus divers et les plus virulents? En effet, dans 20 observations, ces auteurs signalent la présence du coli-bacille de l'espèce la plus virulente, du bacille pyocyanique, des bacilles de la morve, du tétanos, de l'actinomycose, de la dipthérie, du staphylocoque doré, du streptocoque, du pneumocoque, etc., microbes généralement associés. Enfin Veillon et Zuber, dans 22 cas d'abcès appendiculaire, ont trouvé 19 fois des microbes anaérobies, propriétés gangréneuses, ce qui cadre bien avec la fréquence du sphacèle appendiculaire et la fétidité des abcès. De tous ces agents, le colibacille est, sans conteste, le plus constant et il n'est pas rare de le cultiver à l'état pur dans les fausses membranes qui entourent l'appendice et l'isolent, après une première atteinte d'appendicite, du reste de la cavité péritonéale.

C'est d'ailleurs à la présence de ces microorganismes dans les fausses membranes périappendiculaires et les parois de l'appendice antérieurement infecté que sont dues les

récidives. C. von Meyer (*Etudes sur la pathogénie de l'appendicite à répétition*, Genève, 1897), qui, sous la direction des professeurs Roux et Stilling (de Lausanne), a entrepris des recherches sur ce sujet, arrive en effet aux conclusions suivantes : La principale cause des récidives dans une appendicite est la persistance des bactéries dans les parois du processus vermiforme, dans les brides, dans les fausses membranes périappendiculaires et pariétales et dans les cicatrices de la région de l'appendice. Cet organe, bien que redevenu complètement sain en apparence, à la suite d'une première atteinte, a perdu néanmoins une partie de sa résistance, même dans les cas où ses parois ne présentent ni rétrécissements, ni coudures, ni cicatrices ou toute autre altération apparente de même nature; car, dans ces cas, on trouve toujours des agents pathogènes dans d'autres productions pathologiques non apparentes qui persistent autour de l'appendice. Tous ces divers tissus, une fois infectés, restent dans cet état, et, comme l'ont démontré les recherches de von Meyer, la présence des microbes constatée au milieu de leurs éléments suffit pour déterminer de nouvelles récidives.

X. — Cette théorie de l'infection explique la genèse de l'appendicite, même dans les cas où cette affection paraît due à d'autres causes que celles que nous avons signalées jusqu'ici, comme, par exemple, la présence de vers intestinaux dans la cavité du processus vermiforme. Déjà Santorini faisait de cet organe une sorte de réceptacle à lombrics. Laboulbène (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 1897, t. XXXVII, p. 402) ne croit pas à l'influence des oxyures dans la pathogénie de l'appendicite. Heller, en effet, les avait signalés chez un très jeune enfant. mais sans constater la moindre trace de cette affection. « De plus, les ascarides ayant

pénétré dans l'appendice sont exceptionnels. Les faits de Gadelot, en 1808, d'appendice malade autour d'un lombric, celui de Duben, de Stockholm, cité par Davaine, « d'un processus vermiforme, rongé dans tout son pourtour par un ulcère et offrant une longue ouverture » par laquelle les ascarides de diverses grandeurs avaient pénétré dans le péritoine, ces faits montrent des lésions préexistantes à la présence des vers. Les ascarides erratiques ont profité des lésions, mais ne les ont pas causées ». « On doit admettre, dit Laboulbène, jusqu'à preuve du contraire, qu'aucun cas d'appendicite n'est encore attribuable aux vers intestinaux » (Laboulbène, *loc. cit.*).

Telle n'est point l'opinion récente de Metchnikoff (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1901, t. XLV, p. 301) qui fait jouer aux ascarides et au trichocéphale un rôle important dans la genèse de l'appendicite. « Il est très peu probable, dit cet auteur (*loc. cit.*, p. 305), que les ascarides puissent perforer l'appendice ou un autre endroit de l'intestin, mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent produire des érosions de la muqueuse et les ensemencer avec des microbes dont ils sont couverts. De cette façon ils peuvent devenir la cause primordiale de l'ulcération et de la perforation de la paroi intestinale. Le trichocéphale est encore plus capable de produire de pareilles lésions, car il est bien connu qu'il implante la partie antérieure de son corps dans la muqueuse. »

Mais tous les auteurs n'admettent point cette dernière opinion, du moins en ce qui concerne les ascarides (Fayon, *Th. de doctorat*, Paris, 1901), dont les trois organes denticulés ne constituent même pas un appareil de fixation, à plus forte raison un appareil de dilacération. Il est beaucoup plus probable que les vers intestinaux agissent comme

corps étrangers infectants dans un appendice déjà malade ou tout au moins prédisposé aux infections, soit par leurs excreta (Chauffard), soit même par leur seule présence. Dematteis (*Gaz. degli osp. e delle clin.*, juin 1900), examinant le contenu intestinal d'ascaris rendus par 7 enfants, a trouvé de nombreux microbes : bacillus coli, staphylocoque, bacille du lait acide, bacillus subtilis, streptocoque, bacillus mesentericus, sarcines, proteus vulgaris, etc.

Le passage de ces divers microbes par l'intestin des lombrics exalte leur virulence, et ainsi peut s'expliquer leur action pathogène sur des appendices prédisposés. Cette question de prédisposition de l'appendice aux infections par les vers, comme d'ailleurs à toutes les infections de n'importe quelle origine, prime tout. Car comment expliquerait-on, sans cela, la grande rareté de l'appendicite dans la population parisienne où « il y a à peu près 500.000 habitants qui, sans doute pour avoir avalé des déjections humaines, renferment des nématodes dans leurs intestins? » (Metchnikoff, *loc. cit.*, p. 307.)

XI. — Nous irons même plus loin dans la critique de cette opinion ; car, ayant eu parfois l'occasion d'examiner au microscope des déjections humaines, nous avons pu constater que la présence des parasites y est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; or, chez la femme, l'appendicite s'observerait plus rarement que chez l'homme, comme nous avons déjà eu l'occasion de le signaler, et cela non seulement à cause des quelques dispositions anatomiques particulières sur lesquelles nous avons attiré l'attention du lecteur, mais encore parce que la femme, malgré les conditions les plus défavorables, malgré la constipation opiniâtre qui chez elle est pour ainsi dire la règle, possède dans le flux menstruel une voie incomparable lui

permettant de débarrasser son organisme, et par conséquent le processus vermiforme, des produits toxiques les plus compromettants. Que cette voie vienne à être tarie, comme dans la grossesse par exemple, on verra la fréquence de l'appendicite augmenter, ou bien cette affection s'aggraver, si elle existait déjà (V. Pinard, *Acad. de méd.*, 16 février 1897; *Annales de gynécol.*, 1899; *Clin. obstétricale*, 1899. — Jarca, *Th. de doct.*, Paris, 1898. — Bapteste, *Th. de doct.*, Lyon, 1899. — Legendre, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 mars 1897. — Tuffier, *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1897) (1). On verra encore l'appendicite éclater chez la femme qui en était menacée, toutes les fois qu'une cause quelconque viendra troubler la circulation sanguine ou lymphatique de son appendice cæcal; c'est ainsi que le rein mobile du côté droit la prédispose à l'inflammation chronique du processus vermiforme par compression indirecte de la veine mésentérique supérieure, entre la tête du pancréas et la colonne vertébrale, compression déterminant une gêne dans la circulation veineuse de l'appendice. (Edelbohls, *Centralbl. f. Gyn.*, n. 40, 1899.)

En somme, l'infection de l'appendice suppose une prédisposition souvent acquise, soit par une alimentation défectueuse, soit par une affection antérieure telle que l'entérocôlite ou la fièvre typhoïde; mais souvent aussi cette prédisposition est innée. Dans ce dernier cas, le processus vermiforme doit présenter dans sa structure ou dans sa vascularisation des dispositions anatomiques (Guinard) propres à diminuer sa résistance à l'invasion microbienne et à l'exposer plus facilement à l'influence des causes occa-

(1) Quillard, *Thèse de doct.*, Paris, 1901.

sionnelles diverses que nous venons de passer en revue; ces dispositions peuvent être transmises par l'hérédité que le professeur Roux (de Lausanne) a pu noter dans 40 p. 100 de ses cas.

Chapitre III. — Séméiologie.

XII. — A l'état actuel de la question, on doit donc définir l'appendicite une infection primitive ou secondaire de l'appendice, dont la résistance à l'invasion microbienne se trouve dans un grand nombre de cas héréditairement diminuée, infection qui atteint plus souvent l'homme que la femme, qui n'est pas rare chez l'enfant, existe quelquefois chez le vieillard, mais a son maximum de fréquence de 15 à 30 ans.

Cette affection peut se présenter sous plusieurs formes dont l'aboutissant peut être : la résolution (appendicite simple), la péritonite enkystée, la péritonite généralisée, la péritonite septique diffuse (Jalaguier), enfin l'appendicite chronique dite à répétition.

1° L'*appendicite simple*, brusque ou insidieuse, est de beaucoup la plus fréquente. Insidieuse, on la voit s'installer lentement, après quelques jours de malaise caractérisé par de l'inappétence, de la constipation, de la gêne, de la pesanteur dans la fosse iliaque droite.

Bientôt au même niveau se manifeste une sensation de gonflement et de douleur, avec empâtement qui disparaît en quelques jours : c'est l'ancienne typhlite. Brusque, on la voit débuter, instantanément, par une douleur violente, spontanée au point de Mac Burney, c'est-à-dire vers le milieu de la ligne iléo-ombilicale supérieure droite, allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure de

ce côté (1). C'est la douleur en coup de pistolet (Roux, de Lausanne), la colique appendiculaire (Talamon) comparable, dit ce dernier auteur, aux coliques hépatique et néphrétique dont on ne peut la distinguer que par la détermination du siège exact de la douleur. Or, ce terme de colique appendiculaire consacre une erreur (Dieulafoy), le calcul ne pouvant cheminer dans l'appendice où il se développe et reste sur place. On dira *attaque appendiculaire* (Dieulafoy) ou crise d'appendicite (Brun). Cette attaque appendiculaire bruyante s'accompagne de nausées, de vomissements, de constipation, mais sans fièvre. Elle guérit ordinairement en huit ou dix jours.

Dans la forme insidieuse, il n'est pas rare de voir le malade se présenter au clinicien en accusant une douleur qu'il attribue à tout autre organe qu'à l'appendice, ou bien en accusant des troubles fonctionnels du côté d'organes qui n'ont rien à voir avec le processus vermiforme, si bien que, sans la recherche du point de Mac Burney, le diagnostic serait dans ces cas presque impossible. Il ne faut pas en effet oublier que les nerfs de l'appendice viennent du plexus mésentérique supérieur du sympathique abdominal. Le réseau nerveux qui entoure l'artère iléo-colique envoie des filets à l'appendice cæcal, et le plexus mésentérique supérieur, d'où il dérive, fournit à l'intestin grêle un réseau nerveux des plus riches (Fowler). Cette disposition anatomique explique les diverses irradiations de la douleur dans l'appendicite, notamment vers l'ombilic et jusque dans l'estomac.

(1) Étant donné la fixité de cette douleur, il y a lieu de l'attribuer aux ganglions lymphatiques enflammés de l'angle iléo-cœcal, plutôt qu'à l'appendice lui-même dont la situation est très variable. (Jalaguier-Quénu, *Soc. de Chir.*, 7 mai 1902.)

Beaucoup de malades, sous le coup d'une légère atteinte d'appendicite, attribuent également leur douleur, soit à une colique hépatique, soit à une colique néphrétique : la raison de ce fait se trouve dans la situation rétrocæcale de l'appendice dont le fond vient alors se mettre en rapport, soit avec la face inférieure du foie, soit avec le rein droit. D'autres fois enfin, c'est en accusant des troubles urinaires, que le malade, atteint d'un début d'appendicite, se présente au clinicien. Parfois ces troubles sont dus à la propagation de l'inflammation périappendiculaire soit au rein droit, soit aux voies d'excrétion de l'urine, depuis le bassinet qui peut être distendu, l'uretère droit qui peut être oblitéré par des adhérences ou des brides fibreuses, et la vessie qui peut plus ou moins se fusionner avec les productions pathologiques nées autour de l'appendice enflammé. Mais, dans un grand nombre de cas, il s'agit de troubles d'ordre purement réflexe (Guyon). Ainsi Reynès (*Congrès international de chirurgie*, Paris, 1900, p. 687) rapporte un cas de rétention complète d'urine pendant 48 heures, sans altération de la vessie, et par conséquent d'ordre réflexe, comme symptôme initial d'une appendicite ; on a également signalé au cours de cette affection de l'incontinence, de la pollakyurie, de la dysurie de même nature. Ces troubles réflexes vésicaux sont évidemment de même ordre que ceux qu'on observe à la suite d'une affection douloureuse de l'anus, du rectum ou du gros intestin, affection dans laquelle l'incontinence notamment n'est pas un fait exceptionnellement rare.

XIII. — A l'appendicite simple que nous venons de décrire, peut succéder la *péritonite enkystée* (1). Dans ce cas, les symp-

(1) *Th. de doct.* de VANDREMEERSCH, Lille, 1898.

tômes du début, au lieu de s'amender et de disparaître, persistent au contraire et s'accentuent. Ces cas constituent le domaine de l'ancienne pérityphlite. On y observe toujours de la fièvre : le pouls est plus ou moins fréquent; les troubles digestifs y sont plus accentués que dans la forme précédente : ainsi la langue est saburrale; l'anorexie complète, les vomissements constants; la constipation, absolue, bien que dans un grand nombre de cas on observe des alternatives de diarrhée et de constipation ou même simplement de la diarrhée si l'infection vient à se généraliser à tout l'intestin. Dans un cas, où il y avait eu diarrhée (Siredey), l'examen histologique de l'appendice montra qu'au lieu de la folliculite intense qui existe habituellement, l'inflammation folliculaire était limitée à deux noyaux; mais il y avait des lésions marquées de la couche glandulaire; peut-être existe-t-il certains rapports entre cette diarrhée et la couche glandulaire de la muqueuse.

A la palpation, toute la fosse iliaque est douloureuse avec maximum de fréquence au point de Mac Burney au niveau duquel la douleur est exquise; cette douleur existe même superficiellement, et on note l'hyperesthésie cutanée (Dieulafoy) dans la région qui recouvre l'appendice. Un des meilleurs signes précoces consiste dans la défense musculaire du grand droit de l'abdomen (Routier, Dieulafoy) qui se contracture du côté droit, gênant considérablement l'examen et pouvant même être une cause d'erreur; car le muscle contracturé peut donner la sensation d'une tumeur en boudin pouvant être prise pour le cæcum ou l'appendice enflammé.. « Cette fausse tumeur en boudin, dit Routier (*Gaz. des hôp.*, 1897, p. 9 et 31), disparaît sous le chloroforme; en cas d'abcès, au contraire, on la voit persister après l'anesthésie. » Cet auteur prétend même qu'un muscle en défense

cache toujours une collection purulente : opinion sans doute exagérée, la douleur pouvant être suffisante pour mettre en jeu la défense musculaire.

Quand la palpation est possible, on a la sensation d'empâtement, de plastron induré dans la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction peut se résoudre seule complètement au bout d'un temps plus ou moins long, ou laisser autour de l'appendice un amas plus ou moins considérable de fausses membranes (*appendicite plastique* de Talamon) (1). Si elle ne se résout pas, soit par absence, soit par insuffisance de traitement, il se forme un abcès se manifestant, après quelques jours de rémission, par une recrudescence de la fièvre. Le pus étant formé et collecté, l'abcès ne se résout ordinairement pas; il continue son évolution pour venir poindre à la peau où il s'ouvre, ou bien pour s'ouvrir dans un organe voisin (cæcum, intestin grêle, rectum, vessie, vagin, etc.) ou bien dans le péritoine en donnant lieu à une péritonite généralisée.

Mais souvent (29 fois sur 45 cas, d'après Brun (article APPENDICITE in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher); 35 fois en 79 cas (Mlle Gordon, *Thèse Paris*, 1896), l'abcès s'enkyste dans de fausses membranes qui le circonscrivent et l'isolent du reste de la grande cavité péritonéale. Cette péritonite enkystée périappendiculaire est une des terminaisons les plus heureuses des suppurations ayant pris naissance dans le voisinage de l'appendice.

L'abcès ainsi formé peut se porter d'après la statistique

---

(1) *Paraappendicite* de Quénu et Cavasse (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1900, t. XXVI, p. 82), *périappendicites* de Monod et Vauverts (*Encycl.*, art. APPENDICITE, *Léauté*, Paris, 1888, p. 28) et de Jalaguier (*Tr. de Chirurgie*, *Duplay-Reclus*, 2e édit., t. VI, p. 621).

de Sonnenburg (*loc. cit.*, p. 184) comprenant 158 cas : 71 fois vers l'extérieur, 37 fois en arrière du cæcum, 24 fois vers l'intérieur de la grande cavité péritonéale, 18 fois vers le petit bassin (ligaments larges), 6 fois dans la cavité de Douglas, 2 fois dans un sac herniaire. Mentionnons en passant comme exceptionnellement rare l'extension d'un abcès périappendiculaire jusque dans la région de la rate, en passant par les faces inférieure et postérieure de l'estomac (Aufrecht, *Ther. Monatshefte*, mai 1895).

Ce qu'il importe surtout de bien retenir, c'est que la situation des abcès nés dans le voisinage de l'appendice comporte cinq types qui sont, par rapport au cæcum : antérieur, postérieur, interne parombilical et intrapelvien. A ces quatre groupes admis par Talamon et par Gerster (*New-York med. Journ.*, juillet 1890), il faut en ajouter un quatrième, le plus fréquent : c'est le type ilio-inguinal (abcès au-dessus du ligament de Poupart) de Gerster.

Cette classification est d'ailleurs artificielle : on peut, en effet, dans l'appendicite trouver des abcès un peu partout (Guinard), depuis la face inférieure du foie et la face antérieure du rein droit jusqu'au fond du petit bassin et des bourses. L'abcès péricæcal, au lieu d'être simple, peut être multiple. Son ouverture spontanée, d'après la statistique de Bull (Sonnenburg, *loc. cit.*, p. 190) portant sur 57 cas, peut se faire : 38 fois à la paroi abdominale, 8 fois dans la cavité péritonéale, 2 fois dans le rectum, la cavité pleurale, la vessie, l'artère iliaque interne ; une fois seulement, Bull a vu la péritonite chronique succéder à l'abcès ; dans un autre cas, il y a eu complication de pyohémie. Sur 112 cas d'abcès périappendiculaires, Langhelt note leur ouverture : 2 fois, dans la plèvre droite ; 3 fois, dans le cæcum ; une fois, dans la cavité utérine ; une fois, dans le côlon ascendant ; cet

auteur signale, en outre, 4 cas de thrombose veineuse, 8 cas d'abcès hépatique, 2 cas de périhépatite, 3 cas de psoïtis et 4 cas de phlegmon diffus. Einhorn, sur 100 autopsies pratiquées à l'Institut pathologique de Munich, signale 13 observations d'ouverture d'abcès appendiculaires dans le canal intestinal; en outre, plusieurs cas d'ouverture dont : 5 dans le cæcum, 3 dans le colon ascendant, 3 dans l'iléon, 2 dans le rectum, 1 au dehors, à travers la paroi postérieure du tronc, 3 au dehors, à travers les parois abdominales; 2, dans l'une des deux plèvres : il mentionne, en outre, 6 cas d'embolies infectieuses de la veine-porte, avec pyléphlébite. Krafft, dans 106 cas, a vu l'abcès s'ouvrir spontanément : 17 fois dans le cæcum, 1 fois dans la vessie. Paulier (Th. de Paris, 1875), sur 69 cas, a vu s'ouvrir spontanément, 38 fois à la paroi abdominale, 15 fois dans le cæcum, 8 fois dans la cavité péritonéale, et 2 fois dans le rectum, la cavité thoracique, et l'artère iliaque interne, des abcès appendiculaires. Nous pourrions multiplier ces statistiques : il ne se passe pas, en effet, une année qui n'apporte les siennes. Celles que nous venons de rapporter, nous ayant paru les plus typiques, nous les avons exposées en détail, afin que le lecteur puisse se rendre compte de l'importance capitale qu'il y a, pour le malade, à ne pas laisser s'éterniser ses foyers de suppuration périappendiculaire.

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Médecine générale.

Traitement du rhumatisme par l'acide citrique. — Cette méthode a été lancée en Allemagne et consiste à absorber le jus de 1 citron le premier jour, de 2 le second jour, et ainsi de suite, d'une façon progressive, jusqu'à prendre le jus de 25 citrons en un jour. Quand ce chiffre est atteint, on diminue progressivement le nombre de citrons.

M. Desplats (de Lille), dans une récente séance de la Société des sciences médicales de cette ville, a rapporté l'observation de quelques malades atteints de rhumatisme articulaire qu'il a traités par le jus de citron (*Nord médical*, 12 octobre).

Dans un premier cas le malade ne put dépasser la dose de 3 citrons. Dans un autre cas, le malade parvint au chiffre de 25 et obtint une guérison complète et persistante depuis dix mois d'accès de rhumatisme qui survenaient tous les trois mois. Le troisième cas est celui d'un malade ankylosé à tel point qu'il ne pouvait plus s'habiller seul, et qui aujourd'hui possède la presque totalité des mouvements de ses membres et ne souffre plus.

M. Desplats a expérimenté cette méthode de traitement sur un malade de son service, sujet à des poussées de rhumatisme et à des accidents cardiaques sur lesquels tous les traitements employés n'avaient produit que des résultats palliatifs. Au bout de quelques jours de traitement le malade accusait un soulagement manifeste des symptômes articulaires, mais il éprouvait une douleur au niveau de la partie droite et supérieure du thorax, douleur vive, persistante et tenace. Dans un second cas on nota la même amélioration, quoiqu'un peu moins marquée, et la douleur thoracique apparut également à la fin du traitement. Un troisième cas donna les mêmes résultats.

M. Desplats a traité un malade de sa clientèle de ville, atteint de rhumatisme rebelle au salicylate et au corps thyroïde, par

l'acide citrique, à la dose de 2 à 10 grammes par jour, et obtint une amélioration.

Quelle que soit l'interprétation qu'il faille donner à l'action de l'acide citrique dans ce cas, elle n'en était pas moins intéressante à signaler.

Maladies infectieuses.

Traitement de la grippe bénigne (LUTAUD). — Les douleurs aiguës de la grippe doivent être combattues par l'analgésine ou la phénacétine (on peut prescrire indifféremment ces deux substances). Voici la potion que nous conseillons :

Analgésine	4	gr.
Alcool à 90°	10	»
Sirop de framboises	60	»
Eau distillée	100	»

On peut, dans cette même potion, remplacer l'analgésine par 1 gramme de phénacétine.

A prendre toutes les heures jusqu'à cessation de la douleur.

Provoquer la transpiration par des boissons chaudes et légèrement alcoolisées.

Pratiquer toujours l'examen de la poitrine et veiller à la pneumonie.

Si la température atteint ou dépasse 39°, faire prendre 50 centigrammes de sulfate de quinine en une ou deux doses.

Donner un purgatif salin le deuxième jour.

Si l'hyperthermie persiste le troisième jour, il faut penser à la pneumonie ou à toute autre affection plus grave.

Bien prévenir les malades que, tout en étant bénigne, la grippe laisse après elle différents malaises (embarras gastrique, courbature, etc.), qui peuvent persister 12 ou 15 jours.

Comme préventif de la grippe, conseiller 20 centigrammes de chlorhydrate de quinine à prendre chaque jour.

FORMULAIRE

Eczéma aigu.

Ni vin, ni café, ni liqueurs.

Appliquer en permanence sur les parties malades des cataplasmes de fécule de pomme de terre froids et moelleux, qu'on changera quand ils seront échauffés.

Quand l'eczéma ne sera plus chaud, appliquer une couche épaisse de la pâte suivante :

Vaseline...........................		20 gr.
Poudre d'amidon......................	ââ	8 »
Oxyde blanc de zinc pulvérisé........		

Dans la néphrite interstitielle.

Huchard conseille de temps en temps un purgatif : 15 grammes d'eau-de-vie allemande.

Régime : lait, légumes, quelques œufs, presque pas de viande toujours bien cuite, pas faisandée.

Éviter les bouillons, poissons, surtout de mer, conserves, charcuterie sauf le jambon, salaisons, gibier, fromages forts, boissons alcooliques.

Donner trois à quatre cachets de :

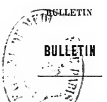
Benzonaphtol........................... 1 gr.

Pendant 20 jours, chaque mois, prendre :

Iodure de sodium, soude, calcium. 0 gr. à 0 gr. 50

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



BULLETIN

Tétanos consécutif à l'emploi de la gélatine. — Les empoisonnements par les poissons salés. — La prohibition de la céruse dans l'industrie privée de la peinture. — Singulier procès. — La mortalité des officiers allemands. — Le balayage à sec des voies publiques. — Plus de femmes-médecins.

Dans une des dernières séances de la Société vaudoise de médecine, M. Roux (de Lausanne) a communiqué un nouveau cas de tétanos consécutif à l'emploi thérapeutique de la gélatine. Il s'agissait d'une femme très anémique, opérée d'un goitre colloïde qui reçut, au sixième jour après l'opération, 200 cc. de solution physiologique de chlorure de sodium contenant 4 grammes de gélatine. Deux jours plus tard apparut un léger trismus. Malgré une injection de sérum antitétanique, la mort survint au neuvième jour, en plein tétanos. M. Roux estime que, en attendant d'être fixé sur la stérilisation de la gélatine, désormais suspecte, il sera prudent d'injecter du sérum antitétanique après chaque injection de gélatine.



En vue de combattre la très grande fréquence des cas d'empoisonnement par les toxines des poissons, l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg vient d'instituer un concours international pour l'élaboration des mesures contre ces accidents, provoqués surtout par la consommation des poissons crus salés. Les prix seront de 5.000, de 1.500 et 1.000 roubles. Les mémoires peuvent être écrits en français, allemand, anglais, latin ou russe. Ils doivent être présentés au ministère de l'Agriculture au plus tard le 1er octobre 1903.

⁂

La mesure prohibitive, attendue avec une si légitime impatience, relativement à l'emploi du *blanc de céruse* dans l'*industrie privée* va-t-elle enfin, dit la *Tribune médicale*, être l'objet d'une décision jusqu'à présent subordonnée à des influences plus ou moins avouables, de favoritisme ou de protectionnisme de derrière la coulisse gouvernementale? La nouvelle suivante dont ce journal garantit l'authenticité donne quelque créance à cet espoir :

« Le ministre du Commerce a reçu une délégation *du syndicat des peintres*, qui lui a été présentée par MM. Dubois et Bagnol, députés.

« La délégation a insisté auprès de M. Trouillot pour que la décision du conseil des arts et manufactures, relative au blanc de céruse, soit transmise au plus tôt au Conseil d'État, afin que le ministre puisse prendre un arrêté interdisant l'emploi du *blanc de céruse* dans l'industrie privée.

« Le ministre a promis de donner satisfaction à la délégation. »

La réalisation trop longtemps attendue suivra-t-elle de près la promesse ministérielle? Espérons-le!



Où irions-nous, mon Dieu, si la « nurse » de Londres avait gagné le procès en dommages-intérêts intenté à son médecin pour la simple raison que celui-ci lui avait administré de la morphine sans raison sérieuse, lui procurant ainsi l'occasion de s'administrer à elle-même ce médicament au point qu'elle en avait perdu la raison et presque la vie!

En d'autres termes, la malade accusait le médecin de l'avoir rendue morphinomane et prétendait le faire responsable de sa morphinomanie.

Le jury n'a pas admis cette prétention et l'a déboutée de sa demande. En quoi, il a été sage. Non pas que dans nombre de cas le médecin ne puisse être tenu pour responsable jusqu'à un certain point des habitudes morphiniques prises par le malade,

mais le jour où les morphinomanes seraient autorisés par jugement à se faire des rentes aux dépens du médecin, le médecin n'aurait d'autre alternative que de renoncer à l'emploi de la morphine.



La Compagnie militaire d'assurances sur la vie à laquelle sont assurés tous les officiers de terre et de mer vient de publier, dit la *Presse médicale*, un tableau intéressant sur la mortalité dans l'armée allemande.

En 1901, l'âge moyen des décès a été de 46 ans et demi. Sur 297 décès d'officiers, il y en a eu 42 par suite de mort violente; 29 se sont suicidés; 4 ont été assassinés; 9 sont morts d'accident; la plupart des autres décès sont dus à des maladies nerveuses ou à la tuberculose.



Sur l'initiative de M. Poirier de Narçay, le Conseil municipal de Paris s'est occupé de la question du balayage à sec des voies publiques.

M. Poirier de Narçay ayant fait remarquer au Conseil qu'il y avait des inconvénients graves dans les errements suivis, puisque les poussières soulevées par le balayage à sec peuvent être et sont une occasion de transport de poussières et de germes pathogènes ou non, plusieurs de ses collègues ont réclamé pour que le balayage des rues et trottoirs soit précédé d'un arrosage.

Finalement la question a été renvoyée à l'attention de l'Administration.



Si l'on en croit les revues américaines, la *North Western University*, la grande université de Chicago, refuserait à l'avenir de préparer des femmes au diplôme de docteur en médecine. La raison? L'expérience aurait prouvé, dit la *Vie médicale*, que les femmes font

presque toujours de piètres médecins. Elles ne comprendraient parfaitement ni les travaux de laboratoire ni la chirurgie. Nous n'en voulons plus, disent les professeurs américains, ni le public non plus. Nos confrères ne sont guère galants pour le sexe aimable. Mais nous croyions qu'il existait à Chicago une école de médecine, spécialement destinée aux femmes. Elles n'auront nullement besoin des hommes pour acquérir le grade de docteur. Quant au jugement porté sur les femmes américaines, il est probable, s'il y a quelque chose d'exact, que cela est dû, moins à l'intelligence même des Américaines, qu'au défaut d'études préliminaires assez solides. N'est-ce pas ce qui a été observé en France pour les femmes doctoresses étrangères qu'on admettait à la Faculté de médecine sur le vu du vague diplôme d'équivalence? Beaucoup de ces jeunes filles avaient fait des études inférieures à celles qui conduisent nos sœurs au brevet supérieur. Quelle préparation intellectuelle pour aborder l'étude de l'anatomie, de la physiologie et des multiples branches de la pathologie !

On ne saurait trop insister sur ce point. L'étude de la médecine nécessite une préparation intellectuelle solide et profonde, telle que celle qu'on exige aujourd'hui des bacheliers français est à peine suffisante.

Mais ces vérités-là doivent être répétées sans cesse et même clamées par-dessus les toits, au moment où en France on songe par une aberration mentale déplorable à en abaisser le niveau.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

État actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1).

par les Drs R. Picou et A. Bolognesi,
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

(*Suite*)

Chapitre III. — Séméiologie

XIV. — A la forme précédente (péritonite enkystée) succède fréquemment la *péritonite purulente généralisée*, quand l'abcès crève dans le péritoine. Cet accident donne lieu à une douleur subite et violente dans la région ombilicale, s'irradiant bientôt dans tout l'abdomen; la langue est saburrale; les vomissements incessants, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes. La constipation est absolue ; les gaz même ne sortent plus par l'anus, comme dans l'occlusion intestinale. Le ventre est tendu, rigide; il y a défense générale de tout le plan musculaire de la paroi abdominale, donnant lieu à une dureté ligneuse qui ne cède sur aucun point à la main exploratrice. Le point douloureux maximum de Mac Burney est très difficile à déterminer. Si on est appelé tardi-

---

(1) Voir les nos du 23 et 30 août.

vement, les commémoratifs seuls mettront sur la voie de cette péritonite généralisée. La température monte rapidement à 39°,40° et reste stationnaire. Le pouls, petit, fréquent, bat 120 fois à la minute et même plus. Le malade présente le facies péritonitique : nez effilé, narines pincées, yeux cerclés de noir et excavés. La péritonite purulente généralisée est donc une forme très grave, aboutissant ordinairement à une terminaison fatale dans les cinq ou six jours qui suivent le début des accidents. Mais elle n'est pas toujours due à la rupture d'un abcès enkysté ; elle peut naître d'emblée, grâce à la migration des microbes virulents à travers les parois de l'appendice enflammé.

Jalaguier a décrit une autre forme, peut-être plus fréquente encore que la précédente, et à début généralement insidieux : *c'est la péritonite septique diffuse*, forme excessivement grave, presque fatalement mortelle, à évolution rapide et souvent difficile à diagnostiquer. Elle débute par des symptômes peu bruyants, simulant parfois une simple indigestion, donnant lieu à quelques vomissements et à un peu de diarrhée fétide. Le ventre, souple, n'est ni ballonné ni rétracté ; il est, en outre, peu douloureux, même au niveau du point de Mac Burney. Le facies est terreux, le teint plombé, les yeux cerclés et excavés, la langue sale, sèche, rouge à la pointe et sur les bords. L'agitation est grande ; la respiration s'accélère ; le pouls devient filiforme et discordant, c'est-à-dire qu'il bat 130 et même 150 fois à la minute, avec une température de 37° ou même de 36°, ce qui dénote un pronostic des plus fâcheux. Notons, en passant, que cette dissociation entre la température et le pouls doit être due aux propriétés hypothermisantes du coli-bacille (Boix, *Archives de médecine*, juillet et août 1896). Le pouls devient sans cesse de plus en plus faible ; les

extrémités se refroidissent; et la mort survient fatalement, rarement au delà du 4e ou du 5e jour.

A côté des formes que nous venons de passer en revue, il existe encore l'*appendicite chronique dite à répétition* (Damaye, Th. de doct., Paris, 1895) ou *à rechutes* (Talamon). Relativement bénigne, elle reparaît à intervalles plus ou moins éloignés, de quelques semaines, à plusieurs années, ordinairement du vingtième jour au deuxième mois (Paulier, (Th. de doct., Paris, 1875). On l'observerait dans 15 p. 100 des cas (Fitz), 25 p. 100 (Krafft), 32 p. 100 (Richardson). Ce dernier chiffre doit être le plus près de la réalité; car, d'après Roux, un appendice qui a été malade et qui a guéri reste une menace permanente d'accidents nouveaux que fera naître une cause occasionnelle quelconque, à chaque crise nouvelle, les mêmes symptômes se répétant, plus ou moins accentués. Pour les uns, la première attaque serait la plus grave; les autres considèrent, au contraire, que l'appendice, devenant de plus en plus malade à chaque nouvelle crise, constitue un danger de plus en plus grand. Volz, en 1843, disait, en parlant de la typhlite : « Ce n'est pas le premier accès qui tue : c'est le second ou le troisième (1). »

XV. — Nous venons d'esquisser un tableau rapide des

---

(1) Il y aurait encore lieu de décrire d'autres formes, par exemple, une *appendicite septicémique* avec ictère, albuminurie, hématémèses, hémorragies utérines, épistaxis (Dieulafoy, Kirmisson), et une *appendicite chronique d'emblée* (Brun et Walther), qu'on observe d'ordinaire chez des sujets atteints de troubles gastro-intestinaux chroniques, parmi lesquels la colite muco-membraneuse occupe la première place : cette dernière forme présente rarement, au cours de son évolution, des épisodes aigus; elle aboutit à la sclérose de l'appendice et s'accompagne de néoformations séreuses à distance avec altération des ganglions. Enfin, ce qui la caractérise cliniquement, c'est, outre le point de Mac Burney, l'existence d'un cæcum contracté et dur, sensible à la palpation.

principales formes cliniques suivant lesquelles l'appendicite se présente ordinairement; mais cette maladie peut offrir, dans son évolution, de nombreuses irrégularités qui peuvent la faire confondre avec une foule d'autres affections, ou qui peuvent même la faire passer inaperçue. Déjà Talamon avait attiré l'attention sur les rapports de l'*hystérie* avec l'appendicite: bien qu'il n'y ait souvent, dans ce cas, aucune lésion appendiculaire, on note des vomissements, des douleurs vives dans le ventre; mais le point de Mac Burney (1) n'est pas net; la douleur siège ordinairement plus haut dans l'hypocondre et correspond à un point douloureux, symétrique en arrière. Il n'y a pas de fièvre; on trouve des stigmates d'hystérie, et la suggestion seule ou la menace d'une opération suffit pour faire disparaître les accidents. Quand l'appendicite éclate chez une hystérique, tous les symptômes de l'affection se trouvent alors considérablement exagérés et paraissent nécessiter une intervention, qui, en réalité, n'a rien d'urgent. Il faudra donc toujours songer à l'hystérie quand on se trouvera en présence d'une femme nerveuse, de même qu'il ne faudra jamais perdre de vue, chez celle-ci, la possibilité de lésions annexielles pouvant simuler une appendicite. Mais, dans ce dernier cas, « d'emblée, dit Bouilly (*Semaine gynécologique*, 12 octobre 1895), la gravité de l'état apparaît plus sérieux que dans la pelvi-péritonite d'origine annexielle ». Cependant « le diagnostic, en pareil cas, ne peut guère se fonder que sur des nuances », et sur les commémoratifs.

(1) Ce point, point de Munro des anatomistes (Merkel), qui, situé sur le bord ext. du muscle droit, correspond à l'émergence du rameau perforant ant. du 11e nerf dorsal et à la valvule iléo-cæcale (Treves, *Brit. med. Journ.*, 28 juin 1902); doit être exploré en enfonçant les doigts dans la fosse iliaque, lentement, progressivement, sans pression brusque ni secousses, jusqu'au bord de l'os sacré. (Rose. *Deutsch. med. Woch.*, 3 avril 1902.)

Il peut survenir également, au cours de l'appendicite, des *complications* qui modifient profondément la marche de l'affection et peuvent la faire méconnaître. Ces complications, ont été résumées dans les conclusions d'un travail de Piard, paru dans les *Archives générales de Médecine*, en 1896 : « On peut, dit cet auteur, observer des abcès à distance dans le cours de l'appendicite. Leur siège est varié : tissu cellulaire iliaque, cavité péritonéale, paroi abdominale antérieure, foie, plèvres, poumons, reins, et même des organes encore plus éloignés, tels que la rate, les parotides, le cerveau. Ces abcès à distance n'ont aucune contiguïté, même lointaine, avec l'appendice et se différencient ainsi des abcès appendiculaires de siège normal, dus à une situation vicieuse de l'appendice. Ils sont rares et doivent être attribués à une infection appendiculaire diffusée, soit par contamination du péritoine, soit par les vaisseaux de l'appendice. » Quoi qu'il en soit, il ne faut pas perdre de vue qu'un très grand nombre de suppurations de viscères abdominaux, et même thoraciques, ont, la plupart du temps, leur point de départ dans l'appendice. Au dernier Congrès de Chirurgie allemande, tenu à Berlin du 2 au 5 avril 1902, Körte, sur 60 cas d'abcès sous-diaphragmatiques, en signale 27 consécutifs à une appendicite.

Nous dirons également un mot des cas d'*appendicite à gauche*. Ils ont fait, de la part de Termet et Vanverts, l'objet d'une étude très approfondie (*Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 274). D'après ces auteurs : 1° il a pu se former un abcès périappendiculaire à gauche, soit que l'appendice se trouve à gauche de la ligne médiane, par inversion viscérale, ce qui est exceptionnel, ou par arrêt dans la migration du cæcum, soit que l'appendice, né à droite, se soit anormalement dirigé dans la partie gauche de l'abdomen et se

soit enflammé ou perforé dans cette région; 2° l'inflammation atteint un appendice situé normalement à droite et un abcès peut se développer, autour de lui, dans cette région; mais il existe, en outre, dans l'hypocondre ou la fosse iliaque gauche, un abcès à distance : la douleur, d'abord localisée à droite, passe à gauche où elle présente bientôt son maximum; 3° enfin il peut s'agir de péritonite généralisée avec maximum des symptômes à gauche; qu'ils aient débuté à droite ou à gauche, la douleur et même le ballonnement pourront être beaucoup plus prononcés à gauche. Ces anomalies cliniques rendent parfois inévitables certaines erreurs de diagnostic, exposant ainsi le malade à une thérapeutique irrationnelle ou incomplète.

Chapitre IV. — Opinions sur le traitement

XVI. — Quel que soit le cas qui se présente au clinicien, quelle sera donc la conduite à tenir en présence d'une appendicite? Pour le professeur Dieulafoy (1), l'intervention immédiate s'impose; il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. « On a prétendu, dit cet auteur (*Ac. de méd.*, 8 juillet 1902), que l'opération à froid donnait des résultats très supérieurs à ceux des interventions à chaud. Mais pour qu'un malade puisse être opéré à froid, il faut nécessairement qu'il ait survécu à la phase chaude de son appendicite. Or, les statistiques invoquées par les partisans de la temporisation ne tiennent pas compte de tous les malades qui sont morts avant que leur appendicite se soit refroidie. D'autre part, parmi les cas opérés à chaud, il importe d'établir deux catégories bien distinctes de cas au point de

(1) La théorie du « vase clos » de cet auteur vient encore d'être infirmée par les expériences récentes de Maumus sur l'appendice des singes. (*Acad. des scienc.*, 21 juillet 1902.)

vue des suites opératoires : ceux dans lesquels on est intervenu le 2e ou le 3e jour après le début des accidents, et ceux dans lesquels l'intervention n'a été pratiquée que le 5e, 6e ou 7e jour. Or, tandis que les opérés du 1er groupe guérissent presque toujours, on voit au contraire ceux du 2e groupe, tantôt guérir, tantôt mourir, sans qu'on soit en mesure, bien souvent, de fournir l'explication de ces différences. Pour réussir les opérations à chaud, il est de la plus haute importance d'intervenir à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents, c'est-à-dire avant que les toxines appendiculaires aient eu le temps d'envahir l'organisme. »

Telle est également l'opinion de notre distingué maître Poirier, dont les conclusions, auxquelles s'est ralliée la majorité des membres de la Société de Chirurgie, sont les suivantes : « Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible. L'opération doit être faite d'urgence, comme dans une hernie étranglée dès que le diagnostic est établi. Dans la péritonite généralisée, suite d'appendicite, il faut opérer d'urgence. Il est dangereux de laisser évoluer une appendicite d'apparence bénigne pour l'opérer plus tard à froid ; l'opération présente moins de dangers que l'expectation dite armée. » (*Soc. de Chir.*, 1898 à 1902.)

« Certains chirurgiens, dit Segond (*ibidem*, p. 159), prétendent qu'on opère trop les appendicites; or, je suis convaincu qu'on ne les opère jamais assez; cette déclaration est, je pense, assez claire... J'ai vu les désastres que peut entraîner la temporisation ; je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt. » — « Au début d'une appendicite, dit Hartmann (*ibidem*, p. 183), notre devoir est d'agir chirurgicalement. Si j'avais une appendicite, je me ferais opérer non

pas dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières heures. » — Reclus (*Sem. Méd.*, 11 mai 1898), en parlant de la manière d'agir du prof. Dieulafoy, affirme qu' « elle est peut-être la plus raisonnable, celle qui évitera le mieux les catastrophes, vu l'impossibilité pour la clinique actuelle de prévoir à ses débuts la marche certaine de l'appendicite, quelle qu'elle soit». — « Pozzi, Routier, Kirmisson, Tuffier, Chaput, Michaux, Peyrot, Gérard Marchand, Monod, Quénu, etc., veulent aussi qu'on opère rapidement ; et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments. » (Hartmann, *Soc. Chir.* 1899.)

Le prof. Le Dentu qui, en 1895, acceptait la temporisation, frappé, dit-il, du taux effrayant de la mortalité chez les individus traités médicalement, a fini par se mettre aussi du côté des interventionnistes déterminés.

XVII. — Cependant, certains chirurgiens qui, à l'exemple du professeur Tillaux, tiennent pour trop exclusive l'opinion du prof. Dieulafoy, estiment que l'intervention immédiate au *début d'une crise* appendiculaire, n'est pas toujours justifiée. Broca, Brun, Jalaguier, Roux, Reynier (*Congrès internat. de chirurgie de l'enfance*, Paris, 1900) appliquent d'abord à leur malade le traitement médical, et, deux fois par jour, le chirurgien ou son assistant examine le pouls, le ventre, etc., prêt à intervenir à la moindre aggravation. De cette façon, si la crise se calme, *on enlève l'appendice à froid* avant d'avoir permis au malade de se lever, on le fait lever pour l'hospitaliser et l'opérer. Ils interviennent aussi à froid dans les cas d'appendicites refroidies ou lorsqu'ils sont appelés à constater la crise à son déclin. Ils attendent quelques semaines après la dernière attaque : ce laps de temps varie avec le répit que donne entre chaque crise le

cas particulier. L'opération sera d'autant plus aisée que les attaques auront été plus rares et moins intenses (E. Béra, Th. de doct., Paris, 1900).

Le prof. Tillaux, dans sa clinique de la Charité, 20 janvier 1899, dit : « Je n'opère pas d'emblée surtout à une première attaque tout malade atteint d'appendicite. Le sujet mis au repos, à la diète, bref, soumis au traitement médical, nous le surveillons attentivement, prêts à intervenir si les accidents le commandent. Nous ne doutons pas de l'importance que peuvent avoir les signes d'intoxication (ictère, urobilinurie, albuminurie) mis en relief par M. Dieulafoy. »

« Et lorsque les phénomènes ont disparu, conseillez à votre patient de se mettre à l'abri des accidents graves de la récidive par l'ablation de l'organe malade... Et, voici où réside, à mon avis, le grand progrès dans le traitement de l'appendicite : supprimer, dans l'intervalle des crises, un organe qui expose constamment le sujet à des accidents graves, si souvent mortels. » (Tillaux, *Leçons de clin. chirurgicale de la Charité*, 1899.)

Notre excellent ami Guillemain, chirurgien des hôpitaux de Paris, partage de même entièrement cette manière de voir (13e *Congrès français de chirurgie*, 1899).

« En résumé, dit de son côté le prof. Roux (de Lausanne), la formule qui consiste à dire qu'on doit opérer immédiatement ou dès que le diagnostic est posé, n'est, actuellement du moins, bonne que pour un petit nombre de cas seulement ; encore ne peut-il être ici question que de cas diagnostiqués tout à fait au début, dans de bonnes conditions et évoluant sur un bon terrain. Il est des appendicites qu'aucune opération ne peut sauver, et il vaut mieux les laisser mourir tranquilles que de tuer aussi celles qui ne font que leur res-

sembler pendant quelques heures. » (Roux [de Lausanne], 13[e] *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1899.)

Du côté des médecins, d'ailleurs, le traitement médical a toujours prévalu, et Dieulafoy a trouvé dans Dumontpallier, Milliard, Ferrand, Révilliod (de Genève), Albert Robin, le prof. Bourget (de Lausanne), etc., des contradicteurs éloquents. A propos d'une communication, faite par ce dernier, il y a un an, devant la Société de Thérapeutique, Albert Robin, félicitant le prof. Bourget pour le véritable acte de courage qu'il venait d'accomplir, en essayant de réhabiliter le traitement médical de l'appendicite, dit en terme de conclusion : « J'ai vu tant d'accidents qui auraient pu, j'en suis certain, être évités, se produire à la suite d'interventions sanglantes, que je suis de plus en plus convaincu que notre devoir absolu est de réagir contre cette manie opératoire qui enlève à la médecine un trop grand nombre de sujets devant logiquement relever de ses soins. » (A. Robin, *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 17 avril 1901, p. 231.)

XVIII. — A l'heure actuelle, bon nombre d'auteurs semblent donc admettre qu'il existe encore un traitement médical de l'appendicite, et ils se basent, pour justifier leur opinion, sur de nombreuses statistiques dont voici quelques aperçus [V. Thèse de doct. de Borderie (Paris 1900), et de Vanbremeersch, (Lille, 1898)] :

Sur 96	cas d'appendicite	traitée médicalement,	Guttmann	note	91	guér.
80	—	—	Hollander	—	80	—
100	—	—	Sahli	—	91	—
100	—	—	Gaillard	—	93	—
100	—	—	Biermer	—	98	—
120	—	—	Fürbringer	—	108	—
99	—	—	Fowler	—	84	—
68	—	—	Bahring	—	62	—
70	—	—	Revilliod	—	66	—

Sur 452 cas d'appendicite	traitée médicalement,	Curschmann	note	427	guér.
80	—	—	Talamon	—	72	—
82	—	—	A. Robin	—	79	—
21	—	—	Larcher	—	21	—
83	—	—	Chauvel	—	58	—
11	—	—	Milliard	—	11	—
25	—	—	Legendre	—	15	—
14	—	—	Nimier	—	14	—

On pourrait en citer encore beaucoup d'autres. Dumontpallier, qui rapporte la plupart de ces statistiques, dans sa communication à l'Académie de médecine (4 mai 1897), fait observer que les formes graves n'existent que dans 10 p. 100 des cas. Leudet (*Archives générales de Médecine*, 1859) n'avait trouvé qu'une péritonite généralisée pour 53 observations de typhlite et de pérityphlite. Veut-on, pour se convaincre de la possibilité du traitement médical, des faits plus nombreux encore que ceux que nous venons de citer ? En voici des plus saillants.

D'abord une statistique faite d'après la pratique de 64 médecins suisses a donné un ensemble de 7.213 cas, dont 473, c'est-à-dire un peu plus de 6 p. 100 étaient justiciables d'une intervention chirurgicale. Pour les 6.740 cas traités médicalement, la mortalité fut de 8, 8 p. 100 seulement.

Renvers, sur 2.000 cas traités médicalement, en six ans, dans l'armée allemande, a obtenu 96 p. 100 de succès.

Dumontpallier (*Académie de Médecine*, 4 mai 1897), sur 100.000 cas soumis au simple traitement médical, note 93 p. 100 de guérisons.

En combinant ces diverses statistiques, on arrive au chiffre de 7 p. 100 de mortalité par le traitement médical. Si l'on compare ce chiffre à celui de la statistique de Sonnenburg qui, dans ses opérations précoces d'appendicite simple, n'obtient que 2 p. 100 de mortalité, on voit que nos con-

clusions devraient être en faveur des interventionnistes d'emblée. Nous ferons remarquer que cette condition défavorable sous laquelle se présente à nous le traitement médical, tient à la manière dont ce traitement avait été appliqué jusqu'ici, et nous sommes convaincus qu'en perfectionnant la thérapeutique médicale, nous arriverons, comme Jalaguier à un taux de mortalité beaucoup moindre (2, 4 p. 100). (*Congrès intern. de chir. infantile*, 1902, p. 183.)

« La thérapeutique de l'appendicite, dit Sonnenburg (*loc. cit.*, p. 91), devra se diviser à l'avenir en traitement des crises et traitement de l'affection proprement dite. Les crises devront être dans beaucoup de cas, après comme avant, traitées par l'expectative ; ce n'est que dans les cas où les phénomènes sont menaçants que l'on sera autorisé à intervenir chirurgicalement pendant l'accès. L'affection proprement dite ne pourra être guérie à coup sûr que par une opération ayant pour but l'ablation totale de l'appendice. » Notons, en passant, que cette opération pratiquée à froid n'a donné à l'auteur que nous venons de citer que 0,5 p. 100 de mortalité, au lieu des 2 p. 100 qu'on obtient dans les opérations pratiquées pendant la crise.

Ainsi, même des chirurgiens qui ont pour eux les meilleures statistiques opératoires ne rejettent point complètement le traitement médical. C'est qu'en effet ce traitement doit suffire dans la majorité des cas, les cas bénins d'appendicite, ceux-ci étant de beaucoup les plus nombreux, comme le démontrent les trois statistiques suivantes ayant trait aux autopsies de personnes mortes d'affections diverses et chez lesquelles existaient des lésions cicatrisées d'anciennes appendicites et périappendicites complètement guéries. Ainsi sur :

300 autopsies.	Toft trouve	108	fois des lésions de l'appendice guéries.
280 —	L. Hectsen	42	— —
200 —	Fergusson	22	(dont trois perforations cicatrisées) —

Sudsuki (*Mittheil. aus der Grenzgebiet. der med. Chir.*, 1901), sur 500 appendices, oblitérés ou non, en trouve 20 p. 100 avec des adhérences, c'est-à-dire malades. — Enfin Marchand (*Th. Doct. Paris*, juillet 1902) a constaté dans ses autopsies environ 50 p. 100 d'appendices malades; et cependant la majorité des individus qui en étaient porteurs n'avaient jamais eu à se faire opérer.

XIX. — Nous dirons d'ailleurs qu'il n'y a pas de traitement précoce de l'appendicite. On n'intervient jamais que sur des appendices déjà malades depuis fort longtemps. En effet, Weinberg et Letulle (*Société de Biologie*, 1897) ont démontré, pour tous les cas d'appendicite aiguë, la préexistence constante de lésions folliculaires chroniques, encore circonscrites ou diffusant dans le tissu cellulaire sous muqueux; en sorte que l'appendicite aiguë ne représenterait que la complication d'une lésion déjà chronique d'emblée, l'infection grave n'étant jamais primitive, mais toujours secondaire. Aussi, a-t-on pu dire, sans paradoxe aucun, qu'on n'assiste jamais à une première attaque d'appendicite (Brun et Letulle). Raison de plus, diront les interventionnistes, pour opérer sans retard. Rien en effet de plus logique, si l'on était toujours sûr d'opérer sur des tissus sains, évitant ainsi d'exposer l'opéré à des dangers immédiats ou secondaires. Treves a démontré en effet que, pour réussir, l'opération doit être pratiquée sur des tissus aussi peu enflammés que possible. Or, dans la crise d'appendicite aiguë, si tôt que l'on intervienne, on a de très grandes chances de rencontrer du pus dans l'appendice, souvent même autour de celui-ci (Routier, Brun, Roux, Reclus).

C'est ce qui explique la présence plus considérable des fistules pyostercorales (Demoulin, *Congrès de Chirurgie*, Paris, 17 octobre 1898), à la suite des opérations pratiquées au cours d'une crise d'appendicite aiguë, avec résection de l'appendice que cette fistule provienne soit d'un fil infecté, placé sur l'appendice, soit d'une ulcération secondaire du moignon de celui-ci, le plus souvent spontanée, mais parfois due aussi au contact prolongé des pièces du pansement et particulièrement de la gaze iodoformée (cas de Poncet et Jaboulay). D'ailleurs, la résection de l'organe malade n'est pas toujours possible. Il arrive, en effet, trop souvent qu'on doive se contenter d'évacuer le pus d'un abcès périappendiculaire, l'appendice, noyé au milieu des adhérences ou tellement accolé au cæcum qu'il fait corps, pour ainsi dire, avec lui (Routier), restant dans ce cas absolument introuvable.

Enfin, l'appendice une fois enlevé, le malade sera-t-il à l'abri de tout danger? Sans compter les complications banales qui peuvent suivre toute opération sur l'abdomen, et qui relèvent presque toutes de l'infection grave du péritoine, d'autant plus facile à réaliser que l'appendice extirpé était plus altéré, nous signalerons encore d'autres phénomènes infectieux à distance qu'on observe parfois à la suite d'interventions de cette nature : ainsi Quénu, Jalaguier rapportent chacun un cas de phlébite de la veine fémorale, survenue alors qu'on croyait l'opéré complètement rétabli. Ricard (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 69) signale l'observation d'un malade qui, ayant subi, au cours d'une crise d'appendicite, l'ablation de son appendice, ne tarda pas à présenter, peu de temps après son opération, des accidents de subictère qui nécessitèrent une seconde intervention; au cours de celle-ci,

l'auteur que nous venons de citer trouva une chaîne ganglionnaire infectée, remontant de son appendice vers le foie; les deux premiers ganglions étaient augmentés de volume et contenaient du pus.

Sonnenburg, de Berlin (*31e Congrès de la Société allemande de Chirurgie*, tenu à Berlin du 2 au 5 avril 1902), décrit, comme pouvant encore être parfois observées (15 fois sur 1.000) des complications pulmonaires après l'intervention pour appendicite, et il est d'avis que ni l'éthérisation ni le refroidissement post-opératoire ni l'hypostase pulmonaire ne sauraient suffire à en donner une explication satisfaisante : il les attribue à des embolies pulmonaires, mais il est bien plus probable qu'il s'agit d'infections secondaires par ouverture, au cours de l'opération, des diverses voies d'absorption dans des foyers envahis par les agents pathogènes.

Signalons encore les suppurations secondaires de toute sorte, dues la plupart du temps, à l'infection des fils, par le champ opératoire livré, dès le début de la crise, à l'invasion virulente des microbes, et la perforation secondaire du cæcum, due à la gangrène de ses parois, lorsque celles-ci participent au processus inflammatoire de l'appendice détruit par le streptocoque ou le coli-bacille. Enfin, l'opération n'empêche pas toujours la production ultérieure d'adhérences péricæcales, cause de fausses récidives qu'on pourra toujours observer (Demoulin, Tuffier, Richelot) et parfois même d'accidents beaucoup plus graves d'occlusion intestinale vraie.

Si l'on considère, d'autre part, que les erreurs de diagnostic sont encore assez fréquentes, on voit à quels résultats peut conduire parfois l'intervention précoce; on a vu ainsi opérer inutilement des sujets hystériques, et Hutinel

signale trois cas où des enfants, atteints de simple entérite folliculaire aiguë, localisée du côté du cæcum, faillirent être opérés. Jalaguier (*loc. cit.*, p. 185) de son côté, s'il avait été un interventionniste pressé, déclare qu'il aurait pu opérer ainsi deux fièvres typhoïdes, deux entérocolites grippales, une colique néphrétique et même une pneumonie droite.

Nous conclurons encore en faveur du traitement médical par une preuve d'ordre tout à fait moral : nous avons vu des interventionnistes déterminés, de la valeur du professeur Kirmisson, devenir moins intransigeants au fur et à mesure qu'un plus grand nombre d'observations s'offrait à leur critique. « Lorsqu'il y a une dizaine d'années, dit A. Broca (*les Actualités médicales*, *l'Appendicite*, 1900), les chirurgiens ont découvert l'appendicite, il y eut une fièvre opératoire bien excusable. Après quoi, bon nombre d'entre nous s'assagirent. J'ai été de ceux-là, et lorsque j'eus appris à poser des indications opératoires, au lieu d'opérer toujours et tout de suite, j'ai vu la mortalité diminuer. Je crois que cette opinion rallie presque l'unanimité parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux d'enfants, parmi ceux, par conséquent, qui voient le plus d'appendicites. »

Ainsi donc, à côté de l'intervention précoce qui doit être seulement réservée pour un certain nombre de cas nettement déterminés, il y a lieu, dans la thérapeutique de l'appendicite simple, de réserver au traitement médical une place beaucoup plus importante qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Nous allons donc examiner quel est ce traitement, dans quels cas il y a lieu de l'appliquer, et à quel moment enfin ou dans quelles circonstances ce traitement doit céder le pas à une intervention précoce ou seulement rapide.

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE D'UROLOGIE

Quelques nouveaux procédés d'analyse,

par M. Reinburg.

Plusieurs nouveaux procédés de dosage ou de recherches des divers éléments de l'urine ayant pris naissance dans le courant de l'année dernière et de celle-ci, il nous a semblé utile de les assembler de façon à permettre à nos lecteurs d'en prendre connaissance plus facilement.

Quelques-uns sont applicables en clinique, d'autres présentent une technique un peu plus délicate. Nous avons réuni dans le même chapitre les procédés se rapportant à la recherche ou au dosage d'uue même substance.

ALBUMINE

Recherche de l'albumine.

1° *Méthode* : Une utile modification de la réaction de Heller (*acide azotique à froid*) a été imaginée par Boston : on fait pénétrer l'urine par capillarité dans un tube en verre de très petit diamètre. On lave soigneusement l'extérieur du tube pour enlever toute trace d'urine, en ayant soin de mettre un doigt sur l'ouverture du tube pour empêcher l'urine de s'échapper. On immerge ce tube dans un tube à essai rempli d'acide azotique.

En soulevant peu à peu le doigt qui bouche l'extrémité supérieure, on laisse graduellement l'acide pénétrer par le fond : en raison de la densité plus grande de l'acide, l'urine s'échappe du tube. S'il y a de l'albumine, on voit se produire un nuage léger, mais très net, au point de contact des deux liquides.

2° *Méthode* : Le professeur Pollacci propose la modification suivante au *réactif de Spiegler* pour la recherche de l'albumine urinaire (*Bolletino chim. farmaceut.*, décembre 1901) :

Acide tartrique pulvérisé	1	gr.
Bichlorure de mercure	5	»
Chlorure de sodium	10	»
Formaldéhyde (40 p. 100)	5	»
Eau distillée	100	»

On dissout les trois premières substances dans l'eau et on filtre la solution : on ajoute la formaldéhyde et le tout est renfermé dans un flacon clos. On utilise ce réactif comme dans l'épreuve de Heller : on verse 2 cc. environ du réactif dans un tube à essai et l'on verse avec grand soin, à l'aide d'une pipette, une petite quantité d'urine à la surface de la solution en ayant soin de ne pas en faire tomber sur les parois. L'anneau caractéristique apparaît au point de contact des deux liquides s'il y a de l'albumine. Ce réactif est très sensible.

Recherche et différenciation des albumines urinaires.

La question des albumines urinaires est encore une des plus difficiles de l'urologie et leur différenciation est en particulier fort délicate.

MM. Portes et Desmoulières ont publié dans le *Répertoire de pharmacie* (novembre 1901) un tableau analytique d'où nous extrayons les caractères propres à chacune des albumines urinaires.

Les *nucléoalbumines* donnent avec l'acide acétique très dilué un précipité soluble dans l'acide acétique concentré. *Réaction de contrôle* : on ajoute à 1 volume d'urine 3 volumes d'eau; on verse

dans deux tubes dont un sert de témoin. Dans l'autre on acidule par l'acide acétique. S'il y a des pseudo-mucines, on a un précipité ou un louche appréciable par comparaison. Si le précipité est abondant, le recueillir, le laver et le dissoudre dans une solution de soude étendue et reprécipiter par SO^4Mg à saturation. On recherche le phosphore (à l'aide du réactif nitro-molybdique), dans ce dernier précipité après calcination avec l'azotate de potasse et la soude.

La *mucine* donne avec l'acide acétique dilué un précipité insoluble dans l'acide acétique concentré. *Réaction de contrôle* : une petite quantité d'acide chlorhydrique ou d'acide azotique la précipitent, mais le précipité est soluble dans un excès d'acide. Le phosphate monosodique PO^4H^2Na la précipite également. La mucine ne contient pas de phosphore.

La *globuline* ne précipite pas par l'acide acétique dilué, mais donne un précipité par l'acide trichloracétique à chaud. Le sulfate de magnésium ajouté à saturation à une urine préalablement débarrassée des nucléo-albumines et de la mucine par l'acide acétique et neutralisée, donne un précipité insoluble à chaud. *Réaction de contrôle* : un courant d'acide carbonique la précipite, ainsi que les solutions concentrées de chlorure de sodium et de sulfate d'ammoniaque.

Les *albumines acéto-solubles* donnent un précipité par l'acide trichloracétique. Mais l'urine traitée comme ci-dessus par le sulfate de magnésium ne donne rien. La solution acidulée par II ou III gouttes d'acide acétique à 1/10, et portée à l'ébullition, donne un précipité soluble dans l'acide acétique cristallisable. *Réaction de contrôle* : Le sulfate d'ammoniaque en excès les précipite, de même que l'acide trichloracétique.

La *sérine* donne un précipité par l'acide trichloracétique à chaud. Si l'on traite l'urine comme plus haut (sulfate de magnésium, et acide acétique), on a un précipité insoluble dans quelques gouttes d'acide acétique cristallisable. *Réaction de contrôle* : Le sulfate d'ammoniaque en excès, et les acides minéraux la précipitent.

Les *albumines* ne donnent pas de précipité par l'acide trichloracétique à chaud. Mais la solution en laisse déposer un par refroidissement. Il est soluble à chaud dans la solution et se dissout dans les alcalis à froid. *Réaction de contrôle* : Le sulfate d'ammoniaque en excès les précipitent. L'acide azotique ajouté à l'urine donne une précipité à froid, qui disparaît à chaud et reparaît à froid. Le tanin acétique les précipite. Les iodures doubles de potassium et de mercure, l'acide picrique, donnent avec l'urine de volumineux précipités solubles à chaud.

Les *peptones* ne donnent rien par l'acide trichloracétique. On ajoute alors à 20 cc. d'urine du sulfate d'ammoniaque cristallisé à saturation. On agite vivement, on laisse reposer et on filtre. Au filtrat on ajoute II à III gouttes de solution de sulfate de cuivre très étendue et un léger excès de soude : Une coloration violette apparaît qui est caractéristique. *Réaction de contrôle* : La liqueur obtenue par filtration de l'urine saturée de sulfate d'ammoniaque diluée de son volume d'eau, précipite par le tanin acétique.

URÉE

Dosage de l'urée.

1er PROCÉDÉ : Braunstein (*Zeitschr. f. physiol. Chem.*, XXVI, 3 et 4) recommande cette méthode. A 5 cc. d'urine l'on ajoute 5 cc. d'un mélange de chlorure de baryum et d'hydrate de baryte. On ajoute 100 cc. d'éther et d'alcool (2 : 1) et on laisse reposer. Le lendemain on filtre, on lave le précipité 6 ou 7 fois avec un mélange d'alcool et d'éther, on l'évapore ensuite à une température qui ne doit pas dépasser 55° C. On ajoute alors un peu d'eau et une trace d'oxyde de magnésium et on évapore de nouveau jusqu'à ce que la vapeur ne donne plus signe de réaction alcaline. On met alors la solution (10 à 15 cc.) dans un flacon d'Erlen-

meyer contenant 10 grammes d'acide phosphorique vitreux. On porte le mélange à l'étuve à 140° pendant 4 h. 1/2. Le résidu refroidi est dissous dans l'eau, la solution portée dans un ballon de Kjeldahl, alcalinisée à la lessive de potasse et l'ammoniaque distille dans de l'acide sulfurique titré.

2e PROCÉDÉ : A. Jolles (*Zeit. Annal. chem.*, 1900, 137-145) décrit la méthode suivante qui donnerait dans le dosage de l'urée de bons résultats : c'est la méthode de Freund et Topper. Mélanger 5 cc. d'urine avec 5 cc. d'alcool à 95°, puis dessécher au bain-marie. Traiter le résidu par l'alcool absolu, filtrer et distiller.

Sur le résidu de la distillation on verse 70 cc. d'une solution éthérée d'acide oxalique. Il se forme un précipité d'oxalate d'urée qu'on lave à l'éther pour le débarrasser de l'acide oxalique en excès et qu'on dessèche à 70-80°. On le dissout alors dans l'eau, et c'est dans cette solution que l'on dose l'urée avec l'*hypobromètre* de soude dans un ozonomètre.

Nouvel uréomètre.

M. G. Bardet présente dans *les Nouveaux Remèdes* (8 mars 1901) un nouvel uréomètre pour les dosages d'azote total. L'appareil repose sur une modification apportée à l'uréomètre ue Magnier-la-Source qui n'est lui-même qu'une modification de l'appareil Yvon. Ainsi qu'il le dit lui-même, son appareil « n'est point un type climique, mais bien un type de laboratoire destiné aux dosages délicats, dans lesquels il est prudent d'agir sur une certaine quantité de matière, pour avoir une garantie dans les résultats ».

L'uréomètre de M. Bardet a pour principale caractéristique d'être un appareil à mercure dont le tube-laboratoire permet de recueillir 50 à 60 cc. de gaz. On évite ainsi les erreurs toujours possibles avec les uréomètres à eau; de plus, grâce au grand volume du tube, on peut opérer sur une assez grande quantité d'urine. L'uréomètre construit par M. Bournigaud, chef du laboratoire de M. Albert Robin à la Pitié, remplit partiellement ces

indications : il a un grand réservoir, mais c'est un appareil à eau, toujours moins sûr que les appareils à mercure.

Le nouvel uréomètre se compose d'un tube de verre à deux robinets renflé en haut et en bas par deux ampoules. Entre les deux ampoules se trouve la division qui commence à 30 cc. et se termine à 50 ou 60, juste à la naissance de la seconde ampoule. Au-dessus du robinet supérieur se trouve un entonnoir qui sert à charger l'appareil. A la tubulure inférieure on fixe un tube de caoutchouc épais relié à un entonnoir par lequel on peut remplir l'appareil de mercure. Pour opérer, on fait agir dans cet appareil, de la même façon qu'avec les appareils analogues, l'urine et l'*hypobromètre*. Le dégagement de gaz chasse le mercure en partie et le fait refluer dans son réservoir : le robinet supérieur est bien entendu fermé, il n'a servi qu'à l'introduction du liquide à analyser. On ferme le robinet inférieur, on enlève le réservoir à mercure, on porte le tube-laboratoire dans une cuve à eau où on lui laisse prendre la température pendant deux heures. Pour mesurer le volume de gaz, on établit le niveau dans l'appareil et la cuve en ouvrant le robinet inférieur et on n'a plus qu'à lire sur le tube le nombre de divisions occupées par le gaz. On note la température, la pression, et on peut à l'aide des tables à double entrée de Bournigaud (publiées par M. Bardet, à la suite de la description de son uréomètre) avoir facilement par simple lecture le poids d'azote de l'urée correspondant au volume de gaz dégagé. Pour avoir le volume de l'azote total, M. Bardet se sert du procédé de Kjeldahl modifié, c'est-à-dire de la combustion de 10 cc d'urine avec 5 cc. d'acide sulfurique, en présence d'un globule de mercure; puis, après décoloration, il précipite le mercure par un peu d'hypophosphate de soude, fait digérer une heure au bain-marie et dose ensuite à l'uréomètre après avoir étendu d'eau et filtré. En somme, ces opérations sont assez simples, mais il faut y mettre le temps, car le maniement de l'appareil est délicat; par contre il a l'avantage de fournir une grande quantité de gaz et de permettre une lecture très sûre, ce qui donne des chiffres qui peuvent assurer plus de garantie.

ACIDE URIQUE

Recherche de l'acide urique par une réaction micro-chimique.

M. Denigès (*Bullet. Soc. Med. et Pharm. de Bordeaux*, mai 1900) publie une intéressante étude sur ce sujet. Il utilise la réaction de Rosing et Schischkoff qui, en traitant une solution d'alloxane par de l'acide cyanhydrique et de l'ammoniaque, obtenaient une substance précipitée qu'ils nommaient *oxalone* et qui avait pour formule :

$$C^{15} H^{26} Az^{14} O^{15}$$

C'était de l'oxaluramide.

Denigès a appliqué cette réaction à la recherche de l'acide urique qui se transforme si facilement en alloxane sous l'influence de l'acide azotique.

On met 0 gr. 10 d'acide urique dans un tube à essais, on ajoute 1 cc. d'acide azotique et 1 cc. d'eau. On chauffe, l'acide urique se dissout, on fait bouillir pour éliminer les vapeurs nitreuses. On fait refroidir, on ajoute 5 cc. d'eau, on agite et on verse goutte à goutte dans le liquide une solution préparée en mélangeant deux volumes d'ammoniaque ordinaire et un volume d'une solution de cyanure de potassium à 10 ou 15 grammes par litre. On agite le tube après chaque addition de V gouttes de cyanure ammoniacal. Dès qu'on a employé de 2 cc. 5 à 3 cc. de ce liquide, on observe la formation d'un précipité. A ce moment on ajoute encore quelques gouttes de liqueur cyanurée et on abandonne à lui-même le mélange dans lequel le précipité augmente peu à peu et dans lequel on voit au microscope des cristaux d'oxaluramide.

Il est possible d'obtenir ces cristaux d'oxaluramide avec une goutte de liquide ne renfermant que la dose d'alloxane correspondant à 1/20 de milligramme d'acide urique. On peut donc déceler de minimes quantités de ce corps à l'état solide, par exemple pratiquer sa recherche sur quelques parcelles de poudre enlevée par raclage à un calcul. Le mode opératoire est alors le suivant : la poussière urique est mise au centre d'une goutte d'acide azotique sur une lamelle.

On chauffe la lamelle au-dessus d'une lampe, et, la dissolution effectuée, on la place sur un corps froid; on ajoute alors une goutte de cyanure ammoniacal et, après une minute de contact, on examine au microscope.

GLUCOSE

Réaction du sucre dans l'urine.

1er Procédé : Riègler (*Deutsch. med. Wochens.*, 17 janv. 1901). décrit une nouvelle méthode pour déceler le sucre dans l'urine au moyen de la phénylhydrazine.

On place XX gouttes d'urine dans un verre de montre, on y ajoute une trace de chlorhydrate de phénylhydrazine pur, un peu d'acétate de soude et XL gouttes d'eau. On fait bouillir le mélange à la flamme d'une lampe à alcool, puis on y ajoute quelques centimètres cubes d'une solution de soude à 10 p. 100 et l'on mélange avec soin. En quelques instants il se produit une coloration rouge-violet, s'il existe seulement 0,1 p. 100 de sucre dans l'urine.

Cette réaction serait très sensible et plus nette que la réaction obtenue avec la liqueur de Fehling.

2e Procédé : On a fabriqué des tablettes formées d'acide orthonitrophénylpropionique et de carbonate de soude et destinées à la recherche rapide du sucre. On prend X à XV gouttes de l'urine à examiner, on y ajoute 10 cc. d'eau distillée, on jette une des tablettes dans le mélange et on chauffe pendant 2 à 4 minutes. La solution, d'abord verdâtre, se colore ensuite, s'il y a du sucre, en indigo foncé. Cette coloration est due à la formation d'indigo au sein de la liqueur. Mais la réaction ne se produit que s'il y a un excès de réactif, aussi est-il nécessaire que la solution sucrée soit très étendue.

(*Münchers Med. Wosch.*, 1901, n° 1.)

Dosage des petites quantités de glucose dans l'urine et dans les liquides de l'économie.

Pour doser le sucre des liquides organiques on réduit généralement par le cuivre en dosant par pesée l'oxydule de cuivre. Mais cette méthode est inapplicable au dosage des quantités infinitésimales de glucose : en effet le précipité est si fin qu'il traverse très facilement le filtre.

Le Dr Reale (*Klin. theor. D. Wochen.*, nº 5, 1902) emploie dans ce cas la méthode suivante : un filtre, de préférence sans cendres, est placé dans un entonnoir dont la partie inférieure est fermée avec un petit bouchon de liège. On le remplit complètement avec une solution de sulfate d'ammoniaque, puis on verse de l'acide sulfurique étendu à un demi qu'on laisse pendant cinq minutes. On enlève le bouchon et le liquide s'écoule en laissant sur les parois du filtre une mince couche de soufre.

On lave le filtre jusqu'à ce que le papier au plomb ne noircisse plus, et en prenant soin de faire couler l'eau sur le filtre avec un agitateur de façon que le liquide ne soit pas trop agité Le filtre est alors devenu imperméable au précipité d'oxydule de cuivre. On peut facilement laver ce précipité jusqu'à disparition des réactions du fer ou du cuivre; dessécher le filtre et le précipité; le porter dans une petite capsule de porcelaine tarée, etc. L'auteur pense que l'action du soufre sur le filtre est purement mécanique; quant aux résultats, il les a contrôlés et les a trouvés d'une grande exactitude.

Dosage du glucose dans l'urine des malades ayant pris du bleu de méthylène (*Répertoire de pharmacie*).

M. Patein donne un procédé permettant d'effectuer cette recherche.

Le bleu de méthylène peut s'éliminer soit en nature colorant l'urine en vert, soit sous forme de chromogène incolore. Dans ce dernier cas la coloration ne se produit que sous l'influence de certains réactifs. Or précisément l'acétate ou le sous-acétate de plomb employés pour décolorer les urines ordinaires, jouissent de

la propriété de faire apparaître la coloration bleue; la matière colorante jaune est précipitée, mais le bleu mis en liberté ne l'est pas. D'où impossibilité des essais par la liqueur de Fehling ou du dosage au saccharimètre, les rayons lumineux ne pouvant traverser la colonne liquide. Dans ce cas-là M. Patein décolore l'urine par le réactif nitromercurique (nitrate acide de mercure) et il obtient un liquide incolore et limpide sur lequel on peut procéder aux recherches du glucose.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Hygiène dentaire. — On peut employer à cet usage soit des élixirs, soit des poudres, soit des pâtes, soit des savons.

Un des meilleurs élixirs est formulé par M. Redier de la façon suivante :

Essence de cannelle de Ceylan......	ââ 0 gr. 25
— de girofle...................	
Acide thymique.....................	
Saccharine.........................	
Essence de menthe..................	1 » 50
Alcool à 90°.......................	100 »

Ajoutez :

Teinture de ratanhia................	2 gr. 50

Une cuillerée pour un verre d'eau.

M. Magitot préfère les savons mous dont voici la composition :

Savon de magnésie..................	10 gr.
Carbonate de chaux précipité........	9 »
Essence de roses...................	X gouttes.
— de menthe anglaise..........	
— de lavande..................	1 gr.
Carmin.............................	0 » 10

M. Beal (*Manuel de thér. clinique*) rejette les pâtes commerciales un peu acides et formule ainsi :

Glycérine	50 gr.
Gomme adragante	2 »
Pierre ponce	100 »
Acide borique	20 »
Salol	5 »
Essence de menthe	3 »

Les poudres, d'après lui, sont préférables quand les dents ont une tendance à se salir ou à se charger de tartre :

Borate de soude }	ââ 2 gr.
Salol }	
Craie préparée }	ââ 8 »
Magnésie calcinée }	
Pierre ponce porphyrisée	5 »
Iris pulvérisée	20 »
Essence de menthe anglaise	XXV gouttes.

Mêlez entièrement et colorez en rose.

Traitement de la diarrhée chronique avec insuffisance du suc gastrique (Soupault). — Certaines diarrhées sont dues à une insuffisance de la digestion stomacale, dans ces cas on peut obtenir une amélioration rapide et même une guérison complète par l'usage de l'acide chlorhydrique.

On peut employer alors la formule suivante :

Acide chlorhydrique du Codex	6 à 8 gr.
Sirop de limon	150 »
Eau distillée Q. s. p.	1 litre

On prescrit un grand verre à pied de cette limonade à boire dans le courant des repas. Les malades ont la faculté de la boire pure ou en la mélangeant avec parties égales d'eau. On peut d'ailleurs employer beaucoup d'autres formules. Mais il est nécessaire de donner des doses assez élevées d'acide chlorhydrique.

FORMULAIRE

Sirop d'hyposulfite de soude.

Hyposulfite de soude....................	25 gr.
Eau...................................	25 »
Sirop de sucre.........................	850 »

Une cuillerée à bouche renferme 0 gr. 50 d'hyposulfite de soude. Dans certains cas, on peut avantageusement associer ce sirop à ceux de fumeterre, de saponaire et de salsepareille.

Traitement du diabète nerveux (MALBEC).

Suivre le régime classique des diabétiques.

1° Prendre chaque jour une douche froide, en jet et en pluie, d'une durée de quinze à vingt secondes. Frictionner ensuite tout le corps au gant de crin;

2° Pendant huit jours consécutifs, prendre, une heure avant les deux principaux repas, 1 cachet contenant :

Antipyrine...........................	1 gr.
Bicarbonate de soude..................	1 » 50

Pour un cachet n° 20.

3° Les huit jours suivants, prendre à chaque repas 1 pilule de :

Extrait de valériane....................	0 gr. 20
— de belladone.................	0 » 01
Arséniate de strychnine...............	0 » 001

Lavement antithermique pour enfants.

Antipyrine.........................	1 gr.
Bromhydrate de quinine.......... ..	0 » 40
Eau de tilleul tiède.................	150 »

A donner en une fois.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

La goutte aux États-Unis. — Les médecins italiens à l'étranger. — Quelques honoraires médicaux. — Le radium en ophtalmologie. — Singulier corps étranger de l'estomac. — Le péril alcoolique.

La goutte ne semble pas très commune aux États-Unis. Elle est, en tout cas, beaucoup moins fréquente qu'en Angleterre. Le Dr Futcher, de Baltimore, a fait le relevé des cas de goutte traités dans le service de Orler au John Hopkin's Hospital. En treize ans, sur 13.400 malades, il a compté 35 goutteux, soit une proportion de 0,24 p. 100. Pendant le même espace de temps, il y a eu à Saint-Bartholomew's Hospital 116 cas de goutte sur 31.000 admissions médicales, ou 0,37 p. 100.

Parmi les malades des hôpitaux, la goutte serait donc plus fréquente d'un tiers à Londres qu'à Baltimore.

Futcher note que la lésion des reins est, pour ainsi dire, la règle chez les goutteux. L'albuminurie a été trouvée 27 fois sur les 35 cas de goutte; dans 23 cas, elle s'accompagnait de la présence de cylindres hyalins ou granuleux. Il y avait en même temps artério-sclérose dans 23 cas.



Une demande de renseignements sur la situation faite aux médecins et officiers de santé étrangers dans les différents Etats, a été récemment adressée aux agents diplomatiques de l'Italie

par M. A.Baccelli sous-secrétaire d'Etat aux Affaires étrangères. Sur ces renseignements, une décision sera prise relativement à la position à accorder aux médecins étrangers en Italie. En même temps le ministère des Affaires étrangères verra quelles démarches il conviendrait de faire pour obtenir, selon la situation faite en Italie aux médecins étrangers, des modifications au traitement fait aux médecins italiens à l'étranger.

*
* *

L'offre d'un commerçant de New-York, qui promettait un million de dollars à qui lui rendrait la vue, a fourni à un de nos confrères américains l'occasion de rappeler quelques chiffres d'honoraires dignes d'envie.

Jay Gould, le milliardaire, donnait à son médecin 75.000 francs par an, qu'il fût ou non malade. Pour deux mois de maladie de sa sœur, le même Gould paya 430.000 francs.

C'est probablement un Américain, M. Whitney, qui a soldé la plus forte note d'honoraires, 125.000 francs, pour une semaine de soins.

Sir Morell Mackenzie, qui soigna l'empereur Frédéric pendant sa dernière maladie, ne toucha que 100.000 francs.

Toutefois, le professeur Zacharin, de Moscou, qui fut appelé auprès du tzar Alexandre mourant,reçut un chèque de 150.000 fr., tous frais payés, pour un déplacement de deux jours.

*
* *

Le radium,découvert par M. et Mme Currie,émet dans l'obscurité une lumière distincte de la phosphorescence ainsi que les rayons de Rœntgen. Les rayons du radium ont pour propriété de traverser les corps opaques. Ils servent à diagnostiquer l'état normal de la rétine chez les aveugles, qui aperçoivent les rayons à travers l'opacité du glaucome, et même à travers la cornée opaque.

*
* *

Un cas singulier de corps étranger de l'estomac a été présenté à l'Association médicale américaine par M.Olivier (de Cincinnati).

Une jeune fille, après avoir mangé une grande quantité de plaquemines (fruit analogue aux prunes), fut prise de violentes douleurs abdominales. Malgré vomitifs et purgatifs, elle continua à souffrir, et, huit jours après le début des accidents, on constatait dans l'abdomen une tumeur douloureuse.

On fit la laparotomie et on perçut dans l'estomac deux masses arrondies, l'une près du pylore, l'autre vers la grosse tubérosité. Après gastrotomie on retira ces deux tumeurs qui étaient formées par les noyaux et les enveloppes des plaquemines. La guérison se fit sans incident.

*
* *

Pendant que l'Académie de médecine recule devant une initiative qui est de sa particulière compétence et de son devoir le plus impérieux, lisons-nous dans la *Tribune médicale*; tandis qu'elle temporise à l'unisson pour ainsi dire des pouvoirs publics dont il lui appartient de stimuler l'intervention tutélaire en leur montrant le péril croissant et bientôt irrémédiable du fléau alcoolique, destruction de la race et de la vie nationales, il se forme une société qui a pour objet :

« 1° D'établir à Paris, ainsi que dans les départements et à l'étranger, des centres d'action organisés, de façon à combattre activement les effets résultant déjà de la campagne effrénée, entreprise par divers groupements sectaires ou personnalités intéressées, contre la consommation des boissons alcooliques en général, et contre l'absinthe en particulier;

« 2° De soutenir cette lutte avec des armes analogues à celles employées par les propagandistes, en opposant à l'exagération de leurs dires et arguments les opinions pondérées et topiques

d'hommes compétents, des notabilités scientifiqués, médicales, littéraires, philanthropiques, statistiques et économiques;

« 3° De réclamer, par toutes voies, la protection des pouvoirs publics en faveur des industriels ou débitants de produits et marques notoirement appréciés comme sains et hygiéniques; et souvent hautement récompensés, lesquels produits versent annuellement à l'État le dixième des recettes du budget, soit 300 millions, dont le total sur le dernier exercice est en déficit de 80 millions;

« 4° De susciter, à cet effet, tous les concours utiles, tant par la parole, les conférences, les brochures de propagande, les mémoires primés, la presse et les affiches;

5° De créer principalement, dans ce but, un organe quotidien mis en vente à Paris, crié sur la voie publique, introduit dans tous les établissements intéressés, et dont les éditions spéciales pourront être collationnées pour le service de l'extérieur; organe contenant, avec des articles de polémique, de science et d'hygiène, le résumé des derniers télégrammes de la journée, le résultat des courses, le compte rendu et le programme des spectacles, ainsi que le menu des principaux restaurants;

« 6° D'étudier et de réaliser, en somme, tous moyens les plus directs de propagande et d'action sur le public, en vue de la défense rationnelle de l'*absinthe* et DES INTÉRÊTS QUI S'Y RATTACHENT. »

Voilà qui est parler et agir clairement.

CHRONIQUE

La Thérapeutique d'autrefois.

LA MÉDECINE MAGNÉTIQUE : LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE L'AIMANT,

par le Dr CABANÈS.

C'est, au dire de Nicandre, un personnage du nom de MAGNÈS qui, le premier, aurait découvert l'aimant sur le mont Ida.

Ce Magnès était un berger qui, en menant un jour paître son troupeau, fut, dit-on, tout à coup retenu au sol par les clous de ses semelles et le fer de sa houlette (1).

D'après une autre légende, ce seraient des porteurs de pierre, originaires de la ville de MAGNÉSIE, qui auraient découvert la propriété de l'aimant. « Car probablement, dit Photius, il y avait des parcelles de cette pierre à leurs chaussures ; et en marchant lentement sur une terre qui contenait du minerai de fer, ils sentaient une certaine pesanteur et une certaine résistance, parce que les parcelles d'aimant s'attachaient au minerai (2). »

Ceux qui attribuent la découverte à Magnès ne s'accor-

---

(1) PLINE, XXXVI, 25.
D'autres font venir *magnes* de *mag*, charme (d'où vient le mot *magie*) et du mot celtique *ees* (en allemand *eisen*), fer ; de manière que magnès signifierait *charme du fer*. (HOEFER, *Hist. de la Chimie*, t. I.)

(2) Cité par TH.-HENRI MARTIN, *la Foudre, l'Electricité et le Magnétisme chez les Anciens*, Paris, Didier.

dent pas sur le lieu où elle se produisit. Nicandre et Pline disent qu'elle eut lieu en Troade; Isidore de Séville croit que ce fut dans l'Inde.

Autant de fables imaginées après coup pour expliquer ce nom d'*aimant*. Il est probable que si l'on nomma aimant la pierre de Magnésie, ce fut par suite d'une fausse interprétation (1). Mais c'est assez prolonger cette discussion sans intérêt, autrement que pour les philologues ou les archéologues.



Il est présumable que les Juifs qui pratiquèrent l'art de guérir, tant que dura le moyen âge, tirèrent parti des procédés magnétiques pour le soulagement des maladies. Cette supposition est d'autant plus plausible qu'elle peut s'appuyer sur un curieux passage du rabi *Abraham ben Hamas* :

« L'aimant, dit-il, attire le fer ; le fer est partout; tout est donc soumis au Magnétisme. Ce n'est qu'une modification du principe général qui divise les hommes, fait naître entre eux la sympathie, l'antipathie et les passions... Cet aimant, ajoutait-il, qui attire le métal, attire aussi la chair vivante (2). »

Si le magnétisme ne fut point connu des Arabes, tout au moins est-il permis de supposer qu'ils le soupçonnèrent.

---

(1) Pline et avec lui beaucoup d'auteurs anciens, ont confondu l'*aimant* avec le *diamant*, dont le nom grec est ἀδαμας (indomptable).

Au moyen âge, le mot latin *adamas*, sans cesser d'être le nom du diamant, désigne aussi l'aimant. D'un autre côté, le mot *diamas* (deamans), s'était déjà introduit dans la langue latine du XIIIe siècle, pour signifier le diamant, distinct de l'aimant.

(2) POSTEL, *Etudes philosophiques et critiques sur le Magnétisme*, etc. Caen, 1860.

Un des plus célèbres alchimistes arabes, auquel certains rapportent l'invention de l'algèbre et que Paracelse, si peu indulgent, appelait le maître des maîtres en chimie, GEBER, voit l'action de l'aimant dans un fluide général duquel découlent l'antipathie et la sympathie des corps (1).

Un autre auteur arabe, RHAZÈS, semble avoir eu la même prescience. Léon l'Africain, son biographe, raconte que RHAZÈS, passant un jour dans les rues de Cordoue, et voyant un rassemblement de citoyens, voulut savoir la cause de ce concours, et apprit qu'un promeneur venait de tomber mort.

Il s'approcha, et après un examen attentif, il demanda des baguettes *aimantées*, au moyen desquelles, frappant le corps immobile du citoyen, et usant de certains signes, il fit revenir à lui l'homme qu'on croyait sans vie, au milieu des applaudissements enthousiastes de la foule.

RAYMOND LULLE, qui, le premier, parla de la pierre philosophale, se familiarisa tellement avec les écrits de Geber, dans le voyage qu'il entreprit en Mauritanie, pour apprendre quelques remèdes destinés à guérir la maladie de son Éléonore, qu'il est hors de doute, par la conformité que l'on remarque entre ces deux savants, que R. Lulle possédait des notions de Magnétisme.

Ce furent également les écrits des auteurs arabes, qui instruisirent PIERRE D'APONO et ARNAULD DE VILLENEUVE, les-

(1) *Thabet-ben-Cerrah*, un des astrologues du calife Motaded, et son petit-fils, *Thabet-ben-Senan*, étudièrent les propriétés de l'aimant.

Jacques *Alchindus*, que Cardan a placé parmi les douze esprits subtils du monde, composa même le traité *De Theoria magicarum artium*, qui le fit considérer par tous les démonographes comme un infâme magicien et lui a valu les critiques acerbes de François Pic et de Conrad Wimpina.

« Qui connaîtra, dit-il, la cause de l'amour qui rapproche les êtres et la discorde qui les désunit, possédera la clef de la nature. » POSTEL, *loc. cit.*

quels vécurent au XIVe siècle, de diverses pratiques magnétiques dont ils firent usage dans le traitement des maladies.

L'aimant figurait dans la médecine des anciens Mages (1), dans celle des Chaldéens et des Égyptiens.

Dans l'Inde, en Chine, on en faisait aussi un grand usage.

On était généralement persuadé que l'aimant était doué de propriétés malfaisantes. La vapeur de cette substance, croyait-on, projetée sur des charbons ardents, donnait des vertiges et faisait perdre à qui la respirait sa présence d'esprit. C'était comme une sorte d'anesthésique, et, suivant des auteurs anciens, cette propriété de l'aimant n'était point inconnue des voleurs qui la mettaient à profit pour exploiter leurs victimes (2).

Déjà, du temps de Pline, l'opinion courante était que l'aimant communiquait au fer une vertu destructive, et que les blessures faites avec un pareil instrument étaient rien moins que mortelles.

Pendant longtemps, jusqu'à la fin du XVIIe siècle, pourrait-on dire, l'usage intérieur de l'aimant fut considéré comme funeste. On prétendait qu'il était « ennemi du cœur, contraire au foie, nuisible au cerveau ». Il attaquait la tête par des vapeurs malignes, et nuisait à l'estomac par sa « qualité mordicante ».

Cette substance, prise à l'intérieur, jetait dans une sorte de mélancolie lunatique ceux qui l'absorbaient.

---

(1) La légende de l'aimant avait du reste commencé de bonne heure : ORPHÉE rapportait déjà comment un aimant aspergé d'eau répondait avec une voix d'enfant aux questions qu'on lui adressait. (*Revue des Deux Mondes*, avril 1858.)

(2) Suivant ALBERT MARBODEUS, l'aimant est l'ami des voleurs : « Allumez des feux aux quatre coins d'une maison, puis jetez sur les flammes un peu d'aimant, — aussitôt il s'élèvera une fumée qui mettra en fuite les habitants du lieu, et vous pourrez piller à l'aise. » (Cf. *Revue des Deux Mondes*, avril 1858, p. 668.)

Mais on a regardé l'aimant non pas seulement comme un corps dangereux, d'aucuns l'ont même rangé dans la classe des poisons (1). Il figure à ce titre dans le *Traité des venins*, de Pierre d'Apono, dans les ouvrages sur la même matière de Guainer et de Santes de Ardoynis, qui vivaient vers la fin du xv[e] siècle. Et comme les antidotes généraux ne pouvaient suffire à neutraliser son action nocive, on avait imaginé de recourir à des contrepoisons spéciaux ; par exemple, de la poudre d'émeraude, de la limaille d'or, voire du suc d'ail !

Il serait injuste de ne pas ajouter que l'on est revenu de ces préventions, dès qu'on s'est mis à expérimenter sérieusement cette substance. L'on a, dès lors, reconnu que c'était presque toujours de l'aimant impur qui produisait les accidents que les Anciens avaient observés — et que, d'ailleurs, il existait plusieurs variétés d'aimant, les uns nuisibles, les autres doués de propriétés bienfaisantes.

On a même exagéré ces dernières, au point de faire jouer à l'aimant un rôle tout à fait inattendu. La vertu qu'il possède d'attirer le fer, avait paru si singulière, qu'on ne douta pas qu'il fût capable d'attirer aussi... les sexes. Les Hébreux, notamment, étaient convaincus que rien ne valait l'aimant pour ranimer la tendresse conjugale et renouer les liens entre époux désunis. Ce bon accord renaissait des émanations sympathiques des deux pierres ; c'est du moins

(1) Le fer lui-même fut jadis considéré comme toxique.
Du temps d'Avicenne, le fer, pris à l'intérieur, était regardé comme un poison. Cet auteur recommandait, pour en neutraliser les effets, la pierre d'aimant, à la dose d'un gros, dans du vin ou dans le suc de bette et de mercuriale. On croyait alors que cette substance, en s'unissant au fer dans les premières voies, détruisait les qualités nuisibles de ce métal et servait à l'entraîner au dehors. (*Dictionnaire des Sciences médicales*, 1812, art. *Aimant*.)

ce que nous apprend dans son *Thesaurus pauperum*, Petrus Hispanus, médecin plus tard devenu pape, et ce qu'avait prétendu avant lui Marbodéus, dans son livre écrit au xi[e] siècle : *De gemmarum lapidum pretiosarum formis, naturis atque viribus*.

La pierre d'aimant passait même pour dévoiler les écarts des épouses infidèles; l'on conçoit dès lors combien la redoutaient les femmes adultères.

C'était surtout l'aimant blanc qu'on employait dans les philtres destinés à favoriser les rapprochements amoureux. Cette espèce d'aimant avait, dit-on, la propriété de se coller aux lèvres, d'adhérer à la langue quand on l'en approchait, et il n'en fallait pas davantage pour en induire qu'il avait sur les chairs la même action que l'aimant sur le fer.

Ce n'était pas seulement à porter un sexe vers l'autre que se bornait cette vertu attractive de l'aimant. On croyait aussi cette substance propre à concilier, à ceux qui la portaient, l'estime de leurs semblables et à entretenir la concorde. Elle servait de lien de communication entre les amis absents (1). Elle donnait de la grâce, de l'éloquence, elle inspirait le courage.

(1) Strada parle, dans une de ses « prolusions », d'une correspondance originale qu'entretenaient deux amis au moyen d'une pierre d'*aimant*, dont la vertu était telle que, si on en touchait deux aiguilles, lorsque l'une de ces aiguilles ainsi touchées commençait à se mouvoir, l'autre se mouvait en même temps et dans le même sens, quelque éloignée qu'elle fût de la première. Il dit que les deux amis, s'étant munis chacun d'une de ces aiguilles, firent une espèce de cadran, marqué des vingt-quatre lettres de l'alphabet. Ils adaptèrent leurs aiguilles sur chacun de ces cadrans, de manière qu'elles pussent tourner sans obstacle et correspondre successivement à chacune des vingt-quatre lettres. En se séparant l'un de l'autre, ils convinrent de se retirer dans leur cabinet à une certaine heure du jour, et de s'entretenir ensemble par le moyen de cette invention. En conséquence, lorsqu'ils se trouvaient à quelques centaines de milles de distance, chacun s'enfermait dans son cabinet à l'heure con-

On devine quel parti les astrologues, les alchimistes surent tirer des vertus merveilleuses de cette substance. Pour exciter encore la crédulité de ceux qui suivaient aveuglément leurs avis, ils gravaient sur la pierre d'aimant différents attributs, se rapportant à l'objet dont ils poursuivaient la réalisation. C'était naturellement Vénus dont l'image était le plus souvent représentée (1).

Si nous passons aux propriétés thérapeutiques de l'aimant, nous constaterons qu'il est peu de maladies contre lesquelles il ne put être efficacement mis en usage. C'était bien une panacée, la panacée, au sens que nous attachons à ce mot.

GALIEN l'employait comme purgatif et comme antihydropique.

DIOSCORIDE le conseillait pour évacuer les humeurs épaissies des mélancoliques.

Comme vulnéraire, il jouit longtemps d'une grande considération. Extérieurement, on en recouvrait sous forme de poudre, les blessures; ou bien on incorporait celle-ci à un emplâtre. Cet emplâtre purifiait les plaies, prévenait leurs complications, hâtait la régénération des chairs.

---

venue, et jetait les yeux sur son cadran. Si l'un des deux voulait écrire quelque chose à son ami, il dirigeait son aiguille sur les lettres qui formaient les mots dont il avait besoin, en faisant une petite pause, à la fin de chaque mot, ou de chaque phrase, pour éviter la confusion. L'ami, cependant, voyait son aiguille sympathique tourner d'elle-même vers les lettres que son correspondant marquait de la sienne. Par ce moyen, ils s'entretenaient ensemble à travers tout un continent, et se communiquaient leurs pensées, qui franchissaient en un instant les villes et les montagnes, les mers et les déserts. (Extrait de *les Beautés du Spectateur*, en anglais et en français, par ADDISON, p. 321.)

(1) Cf., dans les *Mémoires de la Société royale de médecine* (1779), le curieux travail d'ANDRY, que nous résumons à grands traits et qui est certainement le plus complet sur la matière.

D'autres l'administraient à l'intérieur, dans les aliments ou les boissons, mélangé à du suc de grande consoude.

Rien ne valait l'aimant pour les plaies empoisonnées. Puisqu'il attirait le fer, n'était-il pas capable d'attirer au dehors le venin? La conception était simpliste; c'est pour cela qu'elle fut promptement adoptée.

Soumis à une préparation assez compliquée, l'aimant faisait la base des emplâtres vulnéraires; des emplâtres attractifs de Paracelse, recommandés contre la goutte et la manie; de l'emplâtre spécifique contre la peste, imaginé par le célèbre alchimiste.

La « quintessence d'aimant » avait la propriété merveilleuse d'arrêter le sang dans les hémorragies.

Les « élixirs d'aimant » combattaient le catarrhe, détruisaient les vers, guérissaient les maux d'yeux.

La « poudre magnétique » avait les mêmes qualités anti-anémiques que le safran de mars astringent.

Mais l'aimant n'avait pas qu'une qualité unique, il était capable d'agir contre plusieurs maladies combinées : il guérissait à la fois les écrouelles et l'érysipèle, les cancers et les fistules, les hernies et les affections cutanées.

Le « sel d'aimant », préparé par Agricola, était vulnéraire, astringent et balsamique tout ensemble. Employé extérieurement, il arrêtait les hémorragies et... enrayait la chute des cheveux!

Intérieurement, il coupait les diarrhées les plus rebelles. Ce fut, pendant un temps, le remède héroïque contre les maladies de la rate, les brûlures, les plaies invétérées.

D'aucuns en faisaient le succédané du diamant. En réalité, ses propriétés se rapprochaient plutôt de celles des ferrugineux, ce qui suffirait à expliquer ses vertus astringentes et hémostatiques.

Les matières médicales et les Pharmacopées du XVII[e] et du XVIII[e] siècle contiennent des formules d'emplâtres à base de poudre d'aimant, qui étaient d'un usage courant comme cicatrisants. Nous citerons seulement l'*emplâtre divin*, l'*emplâtre noir*, l'*emplâtre de la main de Dieu* (*sic*) (1), l'*emplâtre spécifique de Charas*.

Une particularité curieuse à noter, c'est que, longtemps, on crut que le fer était une substance dangereuse, et on le donnait concurremment avec de l'aimant, qui était censé neutraliser ses propriétés délétères, en même temps qu'il en favorisait l'élimination.

Mais c'est surtout extérieurement qu'on s'est servi de l'aimant comme antagoniste du fer : d'où ces emplâtres appelés *magnétiques*, dans lesquels entrait de la pierre d'aimant pulvérisée, et qui avaient la propriété de réduire les hernies, sans recourir à une opération (2). Notre bon Ambroise Paré rapporte, sur la foi d'un de ses collègues, plusieurs guérisons obtenues par ce procédé. On resta longtemps persuadé que le fer et l'aimant se rassemblaient vers le lieu de la hernie et que, par l'effort avec lequel ces deux matières tendaient à s'unir à travers les téguments, les parties divisées ou relâchées étaient pressées, resserrées

---

(1) Sur l'emplâtre *manus Dei* ou *de la main de Dieu*, cf. LE MAGUET, *le Monde médical parisien sous le Grand Roi*, p. 410-413.

(2) Le procédé auquel on avait recours dans ce but, consistait à faire avaler au malade de la limaille de fer bien divisée, et à appliquer, sur le lieu de la hernie, de l'aimant en poudre, incorporé dans la pulpe de grande consoude. Ce topique portait le nom d'*emplâtre magnétique*.

Le malade, en restant couché dans une situation convenable, devait être guéri dans l'espace de huit jours. Quelques partisans de cette méthode en modifiaient le procédé, en faisant prendre l'aimant en poudre à l'intérieur, et appliquer la limaille de fer sur le lieu de la hernie, après l'avoir frotté de miel.

et maintenues dans l'état de rapprochement le plus favorable à la consolidation (1).

Un fait quelque peu extraordinaire accrut singulièrement la vogue des emplâtres magnétiques. Un paysan des environs de Prague, en Bohême, qui se faisait un amusement de s'enfoncer un couteau dans la gorge et qui se distinguait par sa dextérité singulière à l'en retirer, eut le malheur de le pousser trop profondément.

Le couteau se précipita dans l'estomac, et, après y être resté plus de sept semaines, on ne put le retirer qu'à la faveur d'une incision qu'on fit aux téguments et à ce viscère.

Un fait pareil eut lieu en Prusse, au mois de mai de l'année 1635; Becher nous en a conservé les détails dans une petite dissertation intitulée : *Historia cultrivori*.

Dans ces deux cas, on eut recours aux emplâtres magnétiques, qui parurent attirer la pointe du couteau vers les téguments, et qui servirent de la sorte à déterminer l'opération, en indiquant le lieu où l'incision devait être pratiquée (2).

Ces deux cures extraordinaires donnèrent lieu, dans le temps, à de grandes et vives discussions; les partisans des emplâtres magnétiques attribuant à la vertu attractive de l'aimant un succès que d'autres, avec plus de raison, attribuaient au hasard, au moins aux efforts de la nature, ou bien aux substances actives et stimulantes avec lesquelles l'aïmant était incorporé (3).

Les partisans des emplâtres magnétiques, encouragés par

---

(1) Andry, *loc. cit.*
(2) Ce serait, si le fait est exact, une des premières gastrostomies.
(3) *Dictionnaire des Sciences médicales* (Paris, 1812), article Aimant.

leurs succès, dépassèrent bientôt toute mesure. Ils allèrent jusqu'à prétendre, avec une belle assurance, qu'ils étaient capables d'extraire, non pas seulement le fer des tissus, mais encore toutes les matières étrangères qui y étaient contenues, telle que des fragments de bois, des esquilles d'os, des pailles, des lambeaux de vêtements.

Cela donna tout au moins l'idée de se servir de la pierre d'aimant naturelle ou des barreaux de fer aimanté, pour extraire les parcelles de fer fixées dans des parties de l'organisme sensibles ou délicates.

MORGAGNI et avant lui FABRICE DE HILDEN, KERKRINGIUS, etc., mirent en faveur ce procédé, de nos jours couramment employé pour extraire les corps étrangers de l'œil, ou pour mieux dire de la cornée.

Mais ce n'est pas le seul parti que la médecine tire de l'aimant, à l'heure actuelle. Sans doute cette substance a perdu la plupart des qualités imaginaires qui lui ont été trop complaisamment attribuées. Comme ferrugineux, l'aimant n'a pas tardé à être remplacé par le fer en nature et ses préparations. Comme substance magnétique, on reconnut bien vite à l'examen que ses vertus étaient à peu près nulles. Et cependant, les progrès de la physique aidant, on s'avisa qu'on pourrait l'utiliser à nouveau, mais sous une forme différente... Et c'est ainsi que naquit le magnétisme.

* * *

A dire vrai, le magnétisme a des parchemins d'une plus haute antiquité. Son histoire remonte aux époques les plus reculées.

On fait honneur à un auteur grec du ve siècle, AÉTIUS, de la première mention expresse de l'aimant comme topique. Mais Aétius convient lui-même que c'est une tradition qu'il

rapporte (1). *Tradunt*, on raconte, preuve manifeste que, depuis longtemps déjà, on savait que les goutteux se trouvaient soulagés en tenant dans leurs mains une pierre d'aimant; que, suspendue au cou, cette pierre remédiait aux spasmes et aux contractures, calmait les douleurs de tête, apaisait les douleurs articulaires; qu'elle préservait les femmes de la « suffocation de matrice » et favorisait l'accouchement; qu'en frottant avec l'aimant les parties affectées, on apaisait les douleurs de dents, des yeux et des oreilles, à la condition toutefois de laisser ignorer au malade de quelle substance on se servait.

Ces idées étaient celles qui avaient cours au moyen âge, de même que dans l'antiquité. Ce n'est guère qu'au XVI[e] siècle, et même au début du siècle suivant, avec Paracelse, qu'on entrevoit l'explication thérapeutique de l'aimant dans diverses affections nerveuses.

PARACELSE vantait l'aimant pour calmer les spasmes (2), le tétanos, pour dissiper les attaques d'hystérie et les accès d'épilepsie. Dans ces différentes maladies, il faisait usage

---

(1) Voici sa phrase textuelle : *Tradunt magnetem detentum manu, chiragrorum ac podagrorum dolores ipsorum sedare; atque convulsis opitulatur.*

(2) L'aimant était surtout employé pour la guérison des spasmes, des maux de tête, comme au temps du médecin de Théodose.

Au dire de Kircher, il suffisait de porter un morceau de fer aimanté à son cou, pour calmer les spasmes ou les douleurs nerveuses; et si une femme en travail en tenait un dans ses mains, l'accouchement devenait plus facile et plus prompt (*Magnes, sive de Arte magnetica*, 1613, in-4°, p. 679).

Selon Porta, reprenant lui aussi les expériences de Marcellus, la simple apposition d'un aimant sur la tête enlevait la migraine (*Magia naturalis*, 1591, in-8°, p. 332).

WECKER dit que ce genre de médication avait été emprunté par HALLER aux livres des anciens (*De secretis*, Basle, 1613, in-8°, p. 107, et FOURNIER, *le Vieux-neuf*, t. III, p. 633-634, note 3).

des deux pôles : c'est au moins ce que l'on peut inférer de la distinction qu'il faisait entre ce qu'il appelait le « ventre » et le « dos » de l'aimant.

Van Helmont alla plus loin : en déterminant une application magnétique, suivant le procédé qu'il indique, de façon que l'action attractive ait lieu dans la région lombaire et l'action répulsive soit appliquée sur les cuisses, on peut, suivant lui, s'opposer à l'avortement.

Dans l'application inverse, l'aimant servait à faciliter l'accouchement.

Jusqu'ici, nous ne voyons pas de médication systématique ; c'est du pur empirisme, sans qu'aucun corps de doctrine relie les faits épars. Il en sera encore longtemps ainsi. Mais on s'acheminera peu à peu à une méthode généralisée, sans pour cela qu'une explication scientifique vienne rendre compte des phénomènes observés.

C'est ainsi qu'en 1656, Pierre Borel fait mention d'une affection spasmodique, liée à une maladie de matrice, guérie en faisant porter pendant quelque temps à la malade un aimant appliqué sur la région de l'estomac.

Le *Mercure de France* rapporte, en 1726, qu'un religieux bénédictin, attaqué depuis plusieurs années de mouvements convulsifs qui l'obligeaient à des génuflexions involontaires, en fut rapidement délivré, en portant habituellement une pierre d'aimant.

Un missionnaire, épuisé par de longs voyages et des travaux pénibles, avait peine à se soutenir sur ses jambes ; à peine réussissait-il à porter son verre à sa bouche quand il voulait boire.

On lui conseilla de porter une pierre d'aimant, et il devint capable de fournir de longues courses et de boire aisément d'une seule main.

Tous les recueils scientifiques du XVIII[e] siècle contiennent des faits de ce genre (1). On y relève des observations d'hystérie, d'épilepsie, de convulsions de tous genres, de maux de dents, soulagés ou guéris par des aimants.

On avait, d'autre part, constaté l'efficacité de l'aimant dans les maladies des yeux, le larmoiement, l'épiphora et certaines ophtalmies.

A l'aimant naturel on ne tarda pas à substituer des pièces aimantées artificielles, qu'on fixait sur la peau, à nu. On les fit d'abord en forme de croix ; puis on leur préféra les aimants de forme circulaire.

---

(1) Outre les exemples de guérisons, insérés dans les recueils périodiques, divers ouvrages *ex professo* furent publiés sur cette matière. Tels sont :

Les *Recherches sur l'usage de l'aimant dans les maladies nerveuses*, par M. BOLTEN, médecin à Hambourg, en 1775 : le *Recueil des effets salutaires de l'aimant dans les maladies*, par M. DE HARSU, de Genève, 1782, etc ; GILBERT (Guil.), *De magnete, magneticisque corporibus et de magno magnete*, etc., in-fol., *Londini*, 1600 ; KIRCHER (Athanase), *Magnes, sive de arte magnetica opus tripartum, quo universa magnetis natura, ejusque in omnibus scientiis et artibus usus, nova methodo explicatur* ; etc., in-fol., fig., Romæ, 1646. — Id., 1654 : VOLDER (Borcher de) *De magnete, Disp. resp* ; J.-B. Helvétius, in-4°, Lugd. Bat., 1677 ; MAXWELL (Guil.), *De medicina magnetica libri III, in quibus tam theoria quam praxis continetur, etc.*, Francof., 1679 ; QUELLMALZ (Sam. Theod.), *De magnete diss. resp. Crell.*, in-4°. Lipsiæ, 1723 ; DEIMAN (J.-R.), *Geneeskondige proefneeming*, etc., c'est-à-dire *Essai médical fait avec l'aimant artificiel*, etc. Amsterdam, 1775 ; HEINSIUS (Jean-Aug.), *Beytræge zu den*, etc., c'est-à-dire : *Additions aux cures opérées par l'aimant artificiel dans diverses maladies*, in-8°, Leipsiæ, 1776 ; BALDINGER (E. G.), *De magnetis fatis, et viribus ad morbos sanandos*. Prog. in-4°, Gölting., 1778, réimprimé dans les *Opuscules medica* de l'auteur, in-8°, Gottingue, 1787 ; ANDRY et THOURET, *Observations et recherches sur l'usage de l'aimant en médecine* ; ou *Mémoire sur le magnétisme médical*.

Cet important mémoire, inséré parmi ceux de la Société Royale de médecine, pour l'année 1779, est un modèle d'érudition.

D'après l'auteur de l'article du *Dictionnaire de médecine*, auquel nous empruntons cette bibliographie très complète, il peut tenir lieu de tous les écrits publiés jusqu'à cet époque sur l'aimant. C'est, du reste, celui que nous avons surtout consulté, pour la rédaction de notre travail.

Une des cures les plus retentissantes avec les aimants artificiels fut obtenue par un médecin hollandais. Le Dr Deiman, d'Amsterdam, avait été appelé à donner ses soins à un homme incommodé d'un tremblement excessif de tout le corps. Sa tête penchait vers le côté gauche. Sa parole était embarrassée. Quatorze jours après l'application des aimants, le tremblement avait considérablement diminué, le mouvement des muscles et la parole étaient beaucoup plus libres, la tête se redressait et le malade pouvait saisir une aiguille avec les doigts.

D'autres expérimentèrent l'aimant pour le traitement de la goutte, des migraines, etc.

Bientôt la fabrication des aimants devint une véritable industrie. Un chanoine de Vernon, l'abbé Le Noble, se distingua entre tous par son talent dans ce genre d'industrie. Habile physicien, il réussit à fabriquer des aimants artificiels, plus puissants que ceux qui avaient été connus avant lui. Encouragé par l'Académie des sciences, à qui il avait fait part de ses essais, il s'appliqua à les perfectionner chaque jour davantage.

Ses aimants pour les dents étaient devenus d'un usage courant à Paris. Il en fit ensuite pour être appliqués aux poignets, semblables à des bracelets; sur la poitrine, sur les membres, sous forme de croix magnétiques, etc.

On proposa diverses théories pour expliquer les phénomènes singuliers produits par l'application des aimants. Les uns prouvèrent que ni le froid, ni le frottement de l'aimant ne suffisaient pour les justifier.

D'autres émirent timidement l'idée que l'aimant agissait comme un fluide électrique, produisant tantôt de la chaleur, tantôt du froid, et soulageant toujours, quoique avec plus ou moins de promptitude.

Ce fut Mesmer qui donna une impulsion toute nouvelle au magnétisme, tombé depuis quelque temps dans un discrédit dont on ne pouvait guère espérer qu'il se relèverait.

Suivant les conseils de l'astronome Hell, Mesmer se livra, dès 1774, à des études approfondies sur le sujet. Dès cette époque, il attribua les sensations particulières que produisait l'application de l'aimant et les effets salutaires de cette substance à un magnétisme primitif du corps humain, que l'on peut mettre en jeu, sans avoir besoin du secours d'un aimant artificiel (1).

Dès lors, les recherches se poursuivirent et de tous côtés on se mit à expérimenter la nouvelle méthode. Comme toujours, il y eut d'heureux résultats et des insuccès.

Mais bientôt on s'avisa que l'électricité pouvait elle-même devenir un moyen curatif. On constata qu'elle possédait des vertus curatives dans les paralysies, les rhumatismes et autres affections analogues.

Dès ce moment, le règne de l'aimant était terminé. L'agent puissant qui venait de naître allait définitivement le faire reléguer dans les limbes de l'Histoire, d'où nous l'avons tiré pour le faire quelques instants revivre.

Dr Cabanès.

---

(1) Sprengel, *Hist. de la médecine*, t. V.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Etat actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1).

par les Drs R. Picou et A. Bolognesi,
Anciens internes des Hôpitaux de Paris.

(*Suite.*)

CHAPITRE V. — TRAITEMENT MÉDICAL

XX. — Le *traitement médical* doit être institué bien avant la première crise d'appendicite aiguë. « On nous dit que, le plus souvent, le début de la pérityphlite est brusque, qu'il éclate comme un orage dans un ciel serein. Rien n'est plus contraire à ce que nous observons journellement. Nous pouvons plutôt affirmer que tous *les individus atteints de pérityphlite souffrent de troubles gastro-intestinaux* (2) et que cela commence presque toujours par des troubles gastriques (souvent de l'hyperchlorhydrie) pour continuer par des manifestations intestinales (alternatives de constipation et de diarrhée), et ces symptômes peuvent durer des mois et des années, avant qu'on arrive à remarquer des troubles du

(1) Voir les nos du 23 et 30 août et du 8 septembre 1902.

(2) Dyspepsie appendiculaire de Longuet (*Sem. méd.*, 4 juin 1902) à laquelle, d'après cet auteur, conviendrait seul le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'appendicectomie.

côté du cæcum et de l'appendice. » (Bourget, de Lausanne, *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 1901, p. 219.)

Le régime du candidat à l'appendicite devra donc être mixte; la viande n'y entrera que pour une faible proportion; en revanche, les fruits cuits, les légumes cuits, les farineux ou autres aliments à résidu abondant devront tenir une large place dans son alimentation. On combattra l'hyperacidité du suc gastrique, si nuisible à la longue au bon fonctionnement de l'intestin, en faisant prendre au malade au moment où sa digestion gastrique est à son point culminant, des préparations alcalines parmi lesquelles la poudre de viande joue certainement un des rôles les plus importants. Pendant la digestion intestinale, on évitera le refroidissement des membres inférieurs. *On combattra la constipation* par les purgatifs salins, comme le sulfate de soude pris le matin à jeun, à la dose d'une cuillerée à café, dans une infusion chaude de fleurs de camomille ou simplement dans de l'eau chaude, ou bien encore par l'huile de ricin, en capsules de 2 grammes prises le matin au petit déjeuner. On renouvellera ces précautions thérapeutiques à chaque repas, s'il le faut, en adjoignant à l'alimentation une large ration de fruits cuits.

On s'aidera encore par les lavages intestinaux administrés le matin. La crainte de voir l'intestin s'habituer aux purgatifs et aux lavements n'est pas justifiée, d'après Bourget (de Lausanne). Cet auteur a toujours vu en effet qu'après des semaines ou des mois de ce traitement, les fonctions intestinales reprenaient leur cours régulier et qu'il suffisait alors de veiller simplement sur le régime pour les maintenir normales. « Le constipé devra s'abstenir de boissons glacées, et à ses repas user de boissons chaudes. Nous recommanderons aussi les mouvements de gymnastique qui mettent

en jeu les muscles de l'abdomen, et en premier lieu la rame (muscles droits) et la pagaie (muscles en ceinture). Si le malade n'est pas dans la situation de faire du canotage, on lui fera exécuter le simulacre de ces exercices.

Du reste, le médecin a à sa disposition une foule d'exercices, qui lui seront dictés par les circonstances, et qui toujours tendront à développer les muscles abdominaux (Bourget). Comme massage, l'auteur que nous venons de citer conseille de faire placer le malade dans la position couchée sur le dos, et de lui faire exécuter des flexions alternatives, de la cuisse gauche et droite, en comprimant vigoureusement la partie supérieure de la cuisse sur l'abdomen, les deux mains étant croisées sur la rotule. On répétera cet exercice quatre fois par jour, en faisant chaque fois de 10 à 20 flexions, le matin à jeun, à 11 heures, à 4 heures et le soir en se couchant. Le matin et le soir, le malade fera cet exercice étant nu, et dans la journée sans quitter ses vêtements.

Albert Robin (*Bull. Acad. de méd.*, 20 mars 1897), reconnaissant aussi comme cause de l'appendicite l'existence d'une dyspepsie antérieure caractérisée par un syndrome spécial, celui de l'hypersthénie gastrique, de la dyspepsie acide de Gubler, ou de la maladie de Reichmann, syndrome dont la coprostase constitue l'un des éléments les plus importants, conseille également à ses malades l'usage régulier des laxatifs et du massage léger. Parmi les laxatifs, on aura recours à l'huile de ricin, aux pilules d'aloès et de turbith végétal, aux purgatifs salins, aux eaux purgatives à petites doses, et surtout aux grandes irrigations rectales froides, suivies d'un massage du gros intestin. Quand la région cæcale devient sensible à la pression, il faut s'en tenir à l'huile de ricin et au calomel, auxquels on pourra joindre des frictions légères

d'onguent napolitain belladoné. L'intestin une fois déblayé, il faudra veiller aux récidives de la coprostase, en insistant auprès des malades sur l'obligation de se présenter chaque jours à la garde-robe. Le régime, dans ce cas, est capital : « On recommandera à ces malades de s'en tenir aux viandes et aux volailles rôties, hachées menu ou lentement mâchées, aux poissons, aux légumes en purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits avec un minimum de pain grillé. Comme boisson, de l'eau pure, ou une eau minérale indifférente, type Evian, Alet ou Condillac. A la fin du repas, une tasse d'une infusion très chaude et très légère de thé, camomille, tilleul, fleurs d'oranger. » (Robin.)

Enfin dans certains états dyspeptiques dont la cause paraîtra mal déterminée, il sera utile de faire l'examen helminthologie des selles, et, dans le cas où cet examen ne donnerait aucun résultat, comme cela peut arriver quand les troubles sont occasionnés par un ascaris ou un trichocéphale mâle (1), il n'y aura que des vermifuges capables d'assurer le diagnostic. « On arrive donc à la nécessité de donner quelquefois de ces médicaments, même si l'examen microscopique des matières fécales a été négatif. Autrefois c'était une habitude de prendre de temps en temps des vermifuges et d'en donner aux enfants; depuis un certain nombre d'années cette pratique a été abandonnée. C'est là peut-être une des causes de la plus grande fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. La consommation plus grande des légumes et des fruits crus que l'on trouve maintenant en toute saison, et aussi l'arrosage des terrains maraîchers par les

(1) D'après Moty (*Écho méd. du Nord*, 11 mai 1902), le tricocéphale dominerait à Paris et l'oxyure dans le Nord.

eaux d'épandage, joints à la négligence de la cure vermifuge, explique un bon nombre de cas d'appendicite.

Par conséquent, dans tous les cas où il y aura possibilité de le faire, appliquer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascarides et du thymol contre le trichocéphale; défendre aux personnes menacées d'appendicite de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou filtrée (Metchnikoff, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 mars 1901, t. XLV, p. 309).

Quand les troubles dyspeptiques pouvant faire craindre le danger imminent d'une crise d'appendicite aiguë auront disparu, le rôle du médecin ne sera pas encore tout à fait terminé. Il lui restera en effet à relever l'état général de son malade afin de permettre à son organisme de réparer intégralement les lésions initiales de folliculite simple dont son appendice a été le siège. Il faut en un mot traiter le candidat à l'appendicite, comme on traiterait un adénoïdien ou un candidat à la tuberculose. Parmi les médicaments propres à relever l'état général, nous croyons devoir donner la première place à l'huile de foie de morue qui favorise les fonctions du gros intestin.

XXI. — En somme dans l'appendicite aiguë, le traitement médical doit surtout être prophylactique. Cela ne veut pas dire pourtant que le rôle du médecin, dans cette affection, se borne uniquement à la prophylaxie. Quand la crise a éclaté, il est des cas où ses soins éclairés pourront rendre encore au patient des services très appréciables, en lui permettant d'attendre, pour se faire enlever l'appendice, une nouvelle période d'accalmie, pendant laquelle l'intervention du chirurgien aura, si l'on s'en rapporte à l'excellente statistique de Sonnenburg, quatre fois moins de chance de tuer le malade que si ce dernier eût été opéré à chaud,

c'est-à-dire immédiatement après le début de son attaque. Les cas d'appendicite aiguë où le rôle du médecin doit suffire, sont certainement de beaucoup les plus nombreux, puisqu'un cinquième environ des personnes qui meurent, ont été, comme nous l'avons vu, affectées de cette maladie sans que le nombre de celles qui ont eu à se confier aux soins des chirurgiens ait jamais dépassé le dixième de cette dernière proportion. « Les cas très légers, fugaces, d'appendicite fruste, ceux que Talamon a voulu décrire sous le nom de « colique appendiculaire », sont tous justiciables du traitement médical. Ils disparaissent vite en quelques jours, parfois en quelques heures. Ils constituent un antécédent précieux à noter. Ils peuvent, lors de crises nouvelles, peser dans la détermination opératoire, car ils constituent une forme d'appendicite à répétition; mais lors d'une première atteinte, ils n'appellent pas le bistouri. » (Ricard, *Soc. de Chir.*, 11 janvier, 1899.) Nous allons passer en revue les divers moyens médicaux mis en œuvre pour venir à bout de ces cas, en indiquant ceux auxquels nous semble devoir être donnée la préférence.

Lucas-Championnière, en 1896, préconisait contre la crise aiguë d'appendicite les purgatifs et les lavements; il considérait dans ce cas l'emploi de l'opium comme un excellent moyen pour rendre en peu de temps l'opération indispensable. Depuis lors cet auteur est devenu un des plus ferments interventionnistes. (*Ac. de Méd.*, 14 mars 1899.)

Dumontpailler conseillait la même année l'emploi des cataplasmes, des applications locales de vessie de glace, des sangsues, et même, dans les cas de douleurs trop vives, des piqûrés de morphine.

Talamon n'était guère partisan de l'opium : il se conten-

tait des sangsues et des applications locales de vessie de glace.

Ferrand (*Acad. de méd.*, 14 février, 1899) considère comme dangereux l'emploi de l'opium dans l'appendicite aiguë. « En calmant les douleurs du processus morbide, il en masque l'évolution bien plus qu'il ne l'arrête. En suspendant les sécrétions de l'intestin et en immobilisant ses contractions, il favorise la stase fécale et l'infection qui en résulte. »

Aussi l'auteur que nous venons de citer préfère-t-il l'emploi de la belladone, qui, « comme les narcotico-âcres en général, est un analgésique très puissant; de plus, loin de suspendre les sécrétions de l'intestin et d'en paralyser la motricité, elle favorise au contraire, si même elle n'excite pas ces deux ordres de fonctions ».

Quant aux purgatifs, que le même auteur préconise également, « il est évident, dit-il, qu'il faudra bannir ceux qui agissent surtout en irritant les éléments glandulaires et muqueux de l'intestin, tels que les drastiques, qui sont capables de déterminer même des perforations. Je ne conseillerai guère mieux les purgatifs qui agissent surtout sur l'élément moteur et peuvent provoquer un péristaltisme brusque et violent. Ce sont les purgatifs doux, dits dialytiques, qu'il convient de choisir ».

Les évacuations constituent pour les cliniciens qui les préconisent, « le meilleur moyen de réaliser, dans le milieu intestinal, le degré d'asepsie auquel il peut atteindre ». Ces moyens doivent d'ailleurs être évités dès que se produisent des phénomènes de péritonite.

XXII. — D'autres auteurs, également préoccupés de réaliser cette même asepsie, préconisent, avec Bourget (de Lausanne) (*loc. cit.*, p. 225), les lavages de l'intestin. « Il suffit,

pour pratiquer ce lavage, d'un litre d'eau introduit avec précaution et de façon que ce liquide pénètre en partie dans le cæcum. Nous employons pour cela une sonde stomacale molle (enduite de vaseline), que nous introduisons peu à peu tout en faisant arriver le liquide de lavage au moyen d'un instrument quelconque de propulsion (seringue, enéma, irrigateur, bock, etc.). Nous avons souvent entendu dire qu'une sonde molle, introduite dans le rectum, ne pénètre pas plus loin qu'une simple canule d'irrigateur, qu'elle va s'enroulant dans l'ampoule rectale, sans franchir le second sphincter. Nous croyons que c'est là une erreur; on peut, avec un instrument convenable, arriver facilement à le faire s'engager dans le sphincter supérieur; dans ces cas, il n'est pas nécessaire de pousser la sonde plus avant, car le liquide pénétrera très facilement dans le cæcum. » (Bourget.) Il suffit, pour que cette pénétration s'accomplisse, d'une pression d'eau de $0^m,40$. Bourget pratique ses lavages à la température de 38°, et fait dissoudre dans chaque litre d'eau 4 grammes d'ichtyol qui possède l'avantage de joindre à des propriétés antiseptiques, des vertus décongestionnantes. En même temps que cette solution, il fait pénétrer une certaine quantité d'huile d'olive au moyen d'un petit instrument consistant en un petit ballon de verre à deux tubulures d'une contenance variant de 100 à 250 grammes. Ce petit ballon se place entre l'extrémité libre de la sonde et le tube adducteur de l'irrigateur, après avoir été rempli d'huile par aspiration ou à l'aide d'un petit entonnoir (Voir *Therap. Monatshefte*, nov. 1900, Berlin). — En passant, l'eau enlève une certaine quantité d'huile qu'elle entraîne dans l'intestin. — « L'huile employée est de l'huile d'olive contenant des principes aromatiques volatils, tels que le menthol, le thymol ou encore le salicylate de méthyle à 1 p. 100, ou

encore de l'huile essentielle de sauge (V gouttes par 100 gr.). » (Bourget.) — Après avoir fait pénétrer lentement un litre de liquide, le malade reste sur le côté droit autant qu'il le peut, et si possible 20 à 30 minutes. — On peut, pendant ce temps, faire des frictions de bas en haut sur le côlon descendant pour aider au passage du liquide dans le côlon transverse et le cæcum. Puis le malade rend ce lavement, en totalité les deux premières fois, en partie seulement pour les fois suivantes, maintenant ainsi une petite quantité d'huile et d'ichtyol dans le cæcum, comme une sorte de pansement. On répète l'opération matin et soir.

D'après Bourget, les lavages calment non seulement la douleur, mais encore font baisser considérablement la température, quand il y a de la fièvre. « Dans ces circonstances, un lavage de l'intestin a le même heureux effet qu'un lavage de l'estomac dans les cas d'intoxication ou d'auto-intoxication. Prenons comme exemple l'intoxication urémique où nous voyons les lavages stomacaux avoir un si bon effet, que du reste nous constatons aussi après le lavage du gros intestin. Nous en obtenons le même bénéfice dans toutes les intoxications, et cela s'explique par le fait, maintenant bien connu, que les substances toxiques pénétrant dans l'organisme, par n'importe quelle voie, sont toujours, en partie, éliminées à la surface des muqueuses, et principalement de la muqueuse gastrique et intestinale, d'où nous pouvons facilement les enlever par des lavages. C'est ainsi que nous arrêtons momentanément les vomissements urémiques, le hoquet et les nausées septicémiques; c'est ains qu'on peut expliquer les heureux effets signalés dernièrement, dans deux cas graves d'intoxication générale, suite de pérityphlite (Lucas-Championnière); c'est ainsi qu'on empêchera ou qu'on arrêtera ces hémorragies stomacales

qu'on observe dans les infections graves, surtout celles provenant de perforations intestinales et qui ont été récemment décrites (par Dieulafoy) sous la dénomination lugubre de *vomito negro* de l'appendicite. » (Bourget, *loc. cit.*, p. 224.)

XXIII. — Mais tous les cliniciens n'admettent pas ce traitement de l'appendicite par des lavages du gros intestin, soit par crainte de la perforation de l'appendice, soit parce qu'ils redoutent la rupture des fausses membranes de formation récente, enkystant un abcès péri-appendiculaire ou isolant du reste de la grande cavité péritonéale un appendice gangréné et perforé; et, pour notre part, nous n'appliquerions guère ce traitement qu'aux malades dont l'appareil rénal fonctionne d'une manière imparfaite. Aussi la majorité des médecins ont-ils pensé qu'il valait mieux réaliser cette asepsie intestinale au moyen de la *diète hydrique*, qui supprime les fermentations du tube digestif et contribue à débarrasser ses parois des produits toxiques dont il est encombré, en activant la diurèse dans de notables proportions.

« Le point capital du traitement de l'appendicite, dit Larger (de Maisons-Laffitte) (*Congrès français de chirurgie*. Paris, 1899), comme de celui de toute infection intestinale, c'est la diète, la diète alimentaire absolue, le lait lui-même étant proscrit depuis le début jusqu'à la fin de l'accès, c'est-à-dire, jusqu'à la cessation complète de la fièvre. » Larger soumet tous ses malades atteints d'appendicite à ce qu'il appelle la *diète hydrique alcaline* (*Bull. méd.* du 23 mars 1898, p. 283). L'eau de Vichy, frappée ou non, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de vomissements, leur est administrée libéralement, à discrétion et même à profusion, exclusivement à toute autre boisson et à tout aliment, bien entendu. En déterminant une diurèse abondante, l'eau de Vichy, joue le rôle d'un véritable *sérum artificiel*, ainsi que Larger

l'a déjà signalé à propos de la diarrhée infantile, et sert puissamment à relever les forces des malades. On y ajoute quelques gorgées de vin de Champagne et du café.

Mais, chez les malades qui sont tourmentés par des vomissements incessants, il est impossible d'instituer d'emblée cette diète hydrique. Dans ce cas, la *diète* devra être *absolue* pour les premières heures. « Rien ne sera plus facile que de tromper la soif par quelques gouttes de liquide sur la langue tout au plus, ou de la calmer par de microscopiques lavements, quitte à recourir, très exceptionnellement et en cas de détresse, aux injections sous-cutanées d'eau salée, jusqu'au moment où la cessation des symptômes permettra d'utiliser plus largement la voie stomacale. Dès qu'il n'y a plus de vomissements ou de hoquet, il nous paraît ridicule de faire boire les malades par l'hypoderme ou le rectum : les quelques gouttes confiées à l'estomac arrivent à leur adresse, avant de réveiller le cæcum et son voisinage. » (Roux, de Lausanne, *XIIIe Congrès internat. de méd.* Sect. Chir. infant. Paris, 1900, p. 169.)

Quand reparaît l'émission des gaz par l'anus, indiquant que la fin de la crise est proche, « il n'en reste pas moins indispensable de maintenir dans toute leur rigueur l'immobilité et la diète. Si la langue est sèche et la soif vive, on peut permettre l'absorption d'une certaine quantité d'eau (eau bouillie, eau de Vichy, thé, café très léger, etc.) ; on continuera ce régime jusqu'au jour où la défervescence sera complète, défervescence qui se produira le 3e ou 4e jour dans les cas légers, qui se montre d'ordinaire du 5e au 7e jour et qu'on peut voir se faire attendre jusqu'au 10e jour sans modification de l'état local et général ; dans les cas de cette catégorie, il est indispensable de soutenir les forces

du malade et de favoriser les phénomènes d'élimination par des injections quotidiennes de sérum.

On ne donnera la première tasse de lait que le lendemain du jour où la température sera revenue à la normale. Souvent le thermomètre remonte quelque peu à cette occasion; il n'y a pas lieu de s'en inquiéter si la douleur locale, qui avait presque complètement disparu, ne présente pas de recrudescence. — On peut dès lors considérer la crise aiguë comme terminée, mais il reste encore à provoquer les garde-robes si elles ne se sont pas déjà montrées spontanément. On administera, 24 ou 36 heures après la fin de la crise, d'abord un lavement ou des suppositoires, puis une faible dose d'huile de ricin. » (Jalaguier, *XIIIe Congrès internat. de méd.* Sect. Chir. infant. Paris, 1900, p. 178.)

XXIV. — Les auteurs qui se sont occupés du traitement médicale de l'appendicite sont à peu près unanimes pour reconnaître qu'il est indispensable de *mettre l'intestin au repos*, et, dans ce but, ils proscrivent purgatifs et lavements et préconisent l'*opium* qui sera « administré de préférence par la voie rectale, à plus forte raison s'il y a des vomissements. Pour agir plus vite contre les douleurs, quelquefois très vives du début et peut-être, pour paralyser un peu moins intestin et vessie, on pourra recourir à la morphine en injection » (Roux). Jalaguier conseille de supprimer l'opium dès que les douleurs vives des premiers jours auront été calmées. Dans tous les cas, on ne devra en user que très modérément; car, en voilant la douleur, il procure au malade un bien-être trompeur qui peut laisser passer inaperçus des symptômes graves réclamant une intervention urgente. Dans les cas d'ailleurs où l'appendicite s'accompagne de dyspepsie hyperacide, l'opium, loin de calmer

toujours la douleur, ne fait souvent que l'exaspérer, en stimulant la sécrétion de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, comme le prof. Lépine (de Lyon) a eu dans ces dernières années l'occasion de le démontrer (*Semaine médicale*, 1901) ; c'est même par cette exagération de l'acidité du contenu gastro-intestinal, aussi bien que par la paralysie des fibres musculaires lisses et l'anesthésie du tube digestif, que l'opium détermine la constipation opiniâtre dont sont atteints ceux qui en font usage. Il augmente donc la coprostase et favorise la décomposition des matières dans le gros intestin et principalement dans le cæcum, aggravant ainsi indirectement, dans la majorité des cas, l'infection primitive de l'appendice.

On administre l'opium dans la trompeuse espérance de favoriser les adhérences péri-appendiculaires. « Or, nous savons par ce qui se passe sur la plèvre, combien ces adhérences se forment facilement malgré le mouvement rythmique de la respiration. » (Bourget.) En diminuant l'irritabilité de la paroi intestinale et en abolissant complètement les mouvements péristaltiques de l'intestin si utiles pour la résorption des produits toxiques qui tendent à envahir la grande cavité séreuse péritonéale (Sonnenburg, *loc. cit.*, p. 205), l'opium nuit à cette résorption et peut favoriser ainsi l'infection générale du péritoine.

Le *repos absolu* du malade, sous toutes ses formes, repos absolu au lit, est donc plus nécessaire que le repos absolu de son intestin par l'opium ; nous dirons même qu'il est de rigueur. « On interdira tous les mouvements, même pour les besoins naturels, et on aura soin, par exemple, de glisser un traversin sous les genoux. On évitera par conséquent de transporter le malade où que ce soit. » (Roux.) Quant à l'opium on ne devra, d'après ce qui vient d'être dit, l'admi-

nistrer qu'avec prudence et de préférence par la voie rectale. On devra autant que possible, pour calmer la douleur, lui préférer les injections sous-cutanées de morphine, auxquelles il ne faudra même recourir que dans les cas où les moyens qu'il nous reste encore à étudier n'auront produit aucun résultat.

Ces moyens sont les *révulsifs* auxquels on a eu recours de tout temps. D'une façon générale, il faut rejeter tous ceux qui pourraient gêner ultérieurement l'action du chirurgien.

Par conséquent, on devra laisser de côté vésicatoires, sangsues, ventouses, sinapismes, pointes de feu, qu'on mettait fréquemment en usage autrefois, pendant le règne de la typhlite. Il sera préférable de recourir soit aux onctions superficielles d'onguent napolitain belladoné, préconisées par les vieux cliniciens, soit aux larges, mais très minces cataplasmes de féeule, étalés sur l'abdomen qu'ils entretiennent « dans un bain de vapeur local tiède et constant » (Larger). On pourra encore recourir aux compresses chaudes recouvertes de taffetas gommé (compresses à la Priessnitz), ou enfin aux applications locales de vessie de glace. Chacun de ces derniers moyens a ses partisans et ses adversaires. Ainsi Renvers (*Therapie der Gegenwart*, mars 1899, p. 4) et Sonnenburg (*loc. cit.*, p. 319) donnent la préférence aux compresses chaudes ou même aux cataplasmes chauds, considérant l'action réfrigérante de la vessie de glace comme nuisible à la résorption des produits intrapéritonéaux, par suite de la perte d'irritabilité qu'elle déterminerait dans la paroi intestinale.

Nous avons toujours vu au contraire le cours des gaz et des matières se rétablir sous l'influence de la *glace*; nous avons même entendu certains malades dire que, dès l'application de la vessie de glace, ils avaient nettement senti le

rétablissement de la circulation des gaz dans leur intestin. La glace à l'extérieur réveillerait donc plutôt l'excitabilité de la paroi intestinale, et cela en augmentant l'afflux sanguin du côté des organes profonds, augmentation qui se traduit au début par une élévation de la température du côté de ces organes, comme le démontre l'expérience de Lauder Brunton, généralement mal interprétée. Voici en quoi consiste cette expérience : l'auteur que nous venons de citer, prend un lapin, dans l'abdomen duquel il introduit un thermomètre, et il voit la température monter rapidement lorsqu'on applique des vessies de glace sur la peau du ventre. Cette expérience n'indique pas, selon nous, que le froid à l'extérieur doive augmenter la phlegmasie ; nous sommes plutôt portés à admettre, par nos observations, qu'en augmentant l'activité circulatoire des organes profonds, il favorise la diapédèse et, partant, la phagocytose au centre même de ces organes. La glace à l'extérieur agit donc comme un antiseptique indirect. En activant la circulation des viscères, elle leur permet en outre de se débarrasser rapidement des produits toxiques qui les encombrent, et dont l'action chimique sur leurs terminaisons nerveuses est la principale cause de la douleur.

La glace à l'extérieur agit donc à la fois comme anesthésique et comme antiseptique indirect. Les compresses chaudes appliquées sur le ventre agissent au simple titre de décongestionnant des organes profonds, et par ce mécanisme parviennent également à calmer la douleur; mais leur action est beaucoup moins efficace que celle des larges applications de glace. « La poche de glace aura sa place marquée dans les premiers jours, soit pour calmer la douleur et la phlegmasie, soit pour diminuer le météorisme, jusqu'à ce que les compresses à la Priessnitz la remplacent

pour aider à la résorption de l'exsudat, sans nous attarder aux sangsues dont les avantages sont compensés par des inconvénients multiples. » (Roux, *XIIIe Congrès internat. de méd.* Sect. Chir. infant. Paris, 1900, p. 169.)

« Le traitement par la glace consiste dans l'application de une, deux ou trois grandes vessies de glace plates, suivant la largeur du ventre, reposant sur celui-ci directement et le couvrant dans son entier, sans qu'on craigne leur poids. Séparez-les simplement de la peau par une épaisseur de flanelle, et surveillez seulement pour que la peau ne devienne pas rouge, de peur des escarres. Que cette glace enfin soit renouvelée toutes les deux ou trois heures, pendant tout le temps qu'il y a quelque chose dans le ventre qui vous préoccupe, par suite 3, 10, 15 jours au besoin. » (Reynier, *XIIIe Congrès internat. de méd.* Sect. Chir. infant. Paris, 1900, p. 192.)

En résumé, le traitement médical de la crise aiguë d'appendicite, devra comprendre : 1° le repos absolu du malade; 2° la diète absolue pendant les 24 ou 36 premières heures, surtout s'il y a des vomissements; pendant ce temps, la soif très vive qui tourmente le malade sera combattue à l'aide de petits lavements, ou par quelques gouttes de liquide dont on humectera fréquemment la bouche du patient ou par des injections de sérum; 3° la diète hydrique, faisant suite à la diète absolue, jusqu'à la fin de la crise; 4° l'application locale de vessie de glace jusqu'à disparition de la douleur et du météorisme (1); 5° la morphine en injec-

(1) A titre de résorbant et d'antiphlogistique, MORITZ MAYER (de Simmern) a eu recours avec succès, dans la pérityphlite, à l'usage interne de l'essence de térébenthine, à hautes doses fractionnées (*Sem. méd.*, 20 août 1902, p. 280).

tions sous-cutanées si la douleur du début est intolérable et qu'aucun autre phénomène n'indique l'urgence de l'intervention ; 6° quand la douleur et le météorisme auront disparu, la vessie de glace sera remplacée par des compresses à la Priessnitz; la morphine et l'opium seront définitivement abandonnés ; 7° quand la défervescence sera complète (3e ou 4e jour dans les cas légers; 5e à 7e jour dans les cas ordinaires, pouvant même aller jusqu'au 10e jour) et que la température sera revenue à la normale, on pourra, 24 heures après, donner la première tasse de lait; 8° ce n'est que 36 heures après la fin de la crise qu'on administrera d'abord un lavement ou des suppositoires, puis les jours suivants, une faible dose d'huile de ricin ou de sulfate de soude; mais jamais à aucun moment on ne devra administrer de purgatifs drastiques qui, en provoquant des contractions trop violentes de l'intestin, pourraient non seulement compromettre les résultats déjà acquis, mais encore faire naître de très graves dangers (perforation de l'appendice, ruptures des adhérences isolant un abcès du reste de la cavité péritonéale et irruption du pus dans cette cavité). Aussi le calomel à l'intérieur doit-il être proscrit (Lucas-Championnière). Voilà donc pour le traitement de la crise. Mais celle-ci apaisée, il existe encore certaines précautions que l'on doit prendre jusqu'à la disparition de tout phénomène local, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la 3e et 4e semaine pour les cas d'intensité moyenne, temps qui doit être beaucoup plus long pour les cas graves et lorsque la résorption des exsudats est lente à se faire (Jalaguier). Il ne faut pas oublier, en effet, que, pendant toute cette période, l'intestin se trouve particulièrement prédisposé aux infections qui peuvent facilement se transmettre à l'appendice; aussi le traitement diététique devra-t-il surtout avoir pour but

d'augmenter la résistance de l'estomac et de l'intestin.

L'alimentation ne sera reprise que lentement et avec précaution ; il sera bon, croyons-nous, de continuer le régime lacté dix à quinze jours au moins après la terminaison de la crise ; on pourra permettre en outre, durant cette période, quelques glaces légères, quelques fruits bien cuits, des potages légers, tapiocas, vermicelles, crème de riz, semoule, etc., des crèmes, des entremets au lait, des purées de légumes, lentilles, pommes de terre, des jaunes d'œuf battus dans le bouillon, des laits de poule ; en un mot, on agira avec ses malades au point de vue de la diététique comme on a l'habitude de le faire avec les convalescents de fièvre typhoïde, tout en surveillant attentivement la région appendiculaire. « Pendant trois ou quatre mois on continuera à surveiller avec soin l'alimentation, en évitant les substances grasses, les ragoûts, en limitant le pain à un peu de croûte, en insistant sur les purées de pommes de terre et surtout de légumineuses. Il faudra aussi proscrire les efforts brusques et proposer le port d'un bandage en flanelle pour éviter les éventrations. » (Broca, *les Actualités médicales. L'appendicite*, 1900.) Le malade ne devra d'ailleurs se lever que lorsque toute trace de douleur spontanée et d'empâtement dans la fosse iliaque droite aura complètement disparu, ce qui peut bien demander encore trois semaines à un mois après la cessation de la crise.

« La marche modérée devra alors être préférée à tous les autres genres d'exercices. Les courtes promenades en voiture, par suite de leurs moindres secousses, conviendront mieux au malade que l'équitation ; celui-ci devra surtout éviter, dans ce dernier cas, d'aller, le corps fléchi en avant... Les bains, pendant l'intervalle des crises, sont fort à recommander ; le massage, par contre, devra être totalement pro-

hibé. » (Sonnenburg, *loc. cit.*, p. 321.) Enfin, quand le malade sera suffisamment rétabli, on l'enverra faire une cure à Plombières, Vichy, Luxeuil, Châtel-Guyon. En suivant bien tous ces préceptes, en s'astreignant rigoureusement au régime des dyspeptiques, en évitant le refroidissement et surtout la constipation, le malade pourra facilement attendre le moment favorable pour faire réséquer son appendice, opération qui, faite à froid, aura toutes les chances de parfaitement réussir.

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE D'UROLOGIE

Quelques nouveaux procédés d'analyse (1),

par M. REIMBURG.

(*Suite.*)

DIVERS

Recherche du fer dans l'urine.

Normalement, d'après Hoffmann (*Pharm. Rundsch.*, 27 avril 1901) l'homme excrète environ 1 milligramme de fer par jour dans l'urine. Dans les états pathologiques, diabète sucré, états fiévreux, l'excrétion du fer est plus importante. Le procédé suivi par l'auteur est le suivant : on mélange 500 cc. d'urine avec 30 cc. d'acide azotique concentré et on réduit le mélange par évaporation. On ajoute ensuite 5 grammes d'azotate d'ammoniaque

---

(1) Voir le numéro du 8 septembre 1902.

et 20 cc. d'acide sulfurique concentré en empêchant la formation d'une écume trop abondante. On ajoute ensuite par petites parcelles environ 3 grammes d'azotate d'ammonium et de 5 à 10 cc. d'acide azotique jusqu'à ce que le liquide épais ne se colore plus en jaune par la chaleur.

(L'urine pathologique nécessite l'emploi d'environ 50 cc. d'acide azotique, 40 d'acide sulfurique et 10 grammes d'azotate d'ammonium. Pour l'urine normale, il faut un peu moins de ces substances.)

Après refroidissement on étend le liquide avec de l'eau, on le rend ammoniacal en y ajoutant de petites quantités d'ammoniaque et on laisse reposer pendant une nuit. On filtre ensuite, on lave à l'eau ammoniacale, on dessèche, on calcine, et on dissout le fer au moyen de sulfate acide de potassium.

Pour doser le fer, on réduit par le zinc en solution sulfurique en présence d'acide carbonique.

Il est nécessaire de tenir compte d'une cause d'erreurs : c'est le fer inclus dans le zinc. Cette quantité est parfois assez considérable puisqu'on peut arriver à en trouver jusqu'à 0 gr. 24 par gramme de zinc.

Recherche de l'acide acétique dans l'urine.

Lipliawsky (*Corresp. der Schweize. Aertz*, 1901, 230) indique le procédé suivant. On mélange 6 cc. d'une solution de paramido-acétophénone à 1 p. 100 additionné d'un peu d'HCl, 3 cc. d'une solution à 1 p. 100 de nitrite de potassium avec un volume égal d'urine et une goutte d'ammoniaque. On agite et il se produit une coloration rouge.

On ajoute alors à une portion de ce mélange variant de X gouttes à 2 cc., suivant le taux supposé d'acide acétique, 15 à 20 cc. d'acide chlorhydrique concentré, 3 cc. de chloroforme et de II à IV gouttes de perchlorure de fer. On agite ensuite pour bien émulsionner. Le chloroforme se colore en violet en présence des plus petites traces d'acide acétique ; s'il n'y a pas

d'acide acétique dans l'urine, la solution se colore en jaune ou en rouge faible.

Recherche de l'acide oxalique dans l'urine.

D'après Salkowski (*Südd. Sp. Zeitg.*, 1901, 228), on acidifie l'urine à l'acide chlorhydrique, on évapore au tiers du volume, et on remue plusieurs fois avec de l'éther contenant de l'alcool. On évapore la solution éthérée et on dissout dans l'eau le résidu. On filtre, on alcalinise avec de l'ammoniaque, on ajoute du chlorure de calcium et on acidifie avec l'acide acétique. Le précipité d'oxalate de chaux est calciné et pesé.

Recherche de l'indican dans l'urine.

G. Klett (*Schweiz. Woch. f. pharm.*, 39.41) ajoute à 10 cc. d'urine, 5 cc. d'HCl à 25 p. 100 et quelques gouttes de persulfate d'ammonium. On ajoute enfin un peu de chloroforme : si l'urine contient de l'indican, le chloroforme se colore en bleu. L'albumine est précipitée par le persulfate et les pigments biliaires donnent un anneau verdâtre au plan de séparation du chloroforme et de l'urine. Cet anneau ne peut donc être confondu avec la coloration bleue qu'a prise le chloroforme en cas de présence d'indican.

Réaction de la créatinine.

Neumayer (*Deutsches Archiv. f. Klin. med.*, t. LXVII, p. 195) rapporte que le réactif de Trommer agissant sur une solution aqueuse de glucose donne un précipité *rouge* caractéristique d'oxydule de cuivre, alors que le même réactif donne un précipité *jaune* d'oxydule de cuivre lorsqu'on le met en présence d'une urine contenant du glucose.

On admet généralement que cela dépend de la quantité d'alcali employé. Si l'on fait agir le réactif de Trommer sur une urine contenant du sucre et si l'on emploie une quantité notable

d'alcali, on a un précipité rouge alors que, si l'on emploie une petite quantité d'alcali, on a un précipité jaune. Neumayer a trouvé quelle était la véritable cause de ce phénomène : si à une solution aqueuse de sucre on ajoute un peu d'extrait de viande, on obtient avec le réactif de Trommer un précipité jaune identique à celui obtenu avec l'urine sucrée. L'extrait de viande contient donc une substance entravant la formation d'oxyde anhydre de cuivre.

Il s'aperçut alors que la *créatinine* possède cette propriété; en effet en ajoutant à une solution aqueuse de sucre un peu de créatinine il a le précipité jaune.

Le Dr A. Cipollina (*Clinica medica*, no 11) a, sur les conseils du Dr Salkowski, de Berlin, repris les expériences de Neumayer et est arrivé aux mêmes résultats. Pour établir que c'est bien la créatinine qui donne ce précipité jaune, et non un autre corps en solution dans l'urine, il emploie le moyen suivant : il transforme la créatinine en *créatine* qui ne donne pas de réaction et il opère cette transformation par la lessive de soude : on mélange 100 cc. d'une urine avec égale quantité de lessive de soude à 15 p. 100. On fait bouillir le tout pendant une demi-heure. Pour compenser la quantité de liquide évaporée on ajoute 150 cc. d'eau. Pendant l'ébullition la créatinine s'est transformée en créatine (réaction de Weyl).

Dans le mélange on fait dissoudre 2 grammes de glucose; d'autre part on fait dissoudre 2 grammes de glucose dans 100 cc. d'urine de contrôle.

On ajoute alors à une petite quantité de l'urine bouillie avec l'alcali un peu de solution de sulfate de cuivre et en réchauffant on obtient un précipité rouge d'oxyde de cuivre. Si au contraire on ajoute à une certaine quantité d'urine de contrôle la moitié de son volume de lessive de soude à 30 p. 100 et que l'on chauffe, on obtient la réaction jaune.

D'autres substances ont la même action que la créatinine : l'acide sarcolactique, l'allantoïne, l'acide lactique, l'acide benzoïque, etc. Mais seule la créatinine donne ce précipité jaune

en solutions très diluées ; une solution à 1 p. 10.000 donne encore le précipité jaune caractéristique.

Analyse d'urine par centrifugation.

PURDY (*Journ. americ. Medic. Assoc.*, févr. 1900) décrit ainsi cette méthode : il filtre l'urine si elle est trouble, et en met 10 cc. dans 3 tubes à centrifugation.

Dans le premier tube on ajoute 1 cc. d'acide azotique concentré et 4 cc. d'une solution d'azotate d'argent ; dans le second, on met 2 cc. d'acide acétique à 50 p. 100 et 3 cc. d'une solution d'azotate d'urane ; dans le troisième, enfin, on verse 5 cc. d'une solution de chlorure de baryum.

On agite les tubes pour bien mélanger et on les met dans un centrifugeur de 30 centimètres de diamètre tournant à 1.200 tours par minute. (Le quatrième tube du centrifugeur est rempli d'eau pour bien équilibrer l'appareil).

Au moyen de tables graduées avec des solutions types, on peut évaluer facilement la quantité de phosphates, chlorures et sulfates correspondant aux précipités obtenus.

Désodorisation de l'urine par le formol.

L'odeur si désagréable de l'urine, quand on a mangé des asperges, disparaît presque instantanément en y versant quelques gouttes de la solution commerciale d'aldéhyde formique : c'est une nouvelle preuve de la puissance désodorisante des solutions même très diluées de formol (*Revue d'hygiène*).

LES URINES DU NOURRISSON A L'ÉTAT NORMAL et dans LES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Nous terminons cette revue générale d'urologie par une analyse rapide d'un très intéressant article de MM. *E. Lesné*

et P. Merklen paru dans le *Bulletin médical* (1901), à la suite de recherches entreprises par eux sur ce sujet.

I. — Urine normale des nouveau-nés

Pour recueillir les urines, les auteurs ont fixé un condom à la verge des garçons choisis et ont pu ainsi facilement examiner la totalité des urines.

Caractères physiques. — Le nourrisson urine peu, néanmoins il urine plus que l'adulte proportionnellement à son poids. C'est une urine claire, jaune pâle, acide, troublée assez souvent par des sels uratiques, inodore. La densité est beaucoup plus faible que celle de l'urine de l'adulte : elle varie de 1.002 à 1.005 dans les premiers mois.

Caractères chimiques. — Elle est pauvre en éléments constitutifs ; l'*urée* existe dans l'urine dès la naissance et augmente avec l'âge pour se tenir à 0 gr. 23 par kilogramme et par jour du deuxième au sixième mois (Parrot et Robin).

L'*acide urique* est en quantité minime : 0 gr. 15 à cinq semaines (Ultzmann). Les urates sont parfois en quantité notable. Enfin il y a des traces d'acide hippurique, de créatinine, de phosphates, sulfates, oxalates.

Les *chlorures* sont en proportion très faible : 0 gr. 16 avant quinze jours, 0 gr. 52 à six mois.

L'*urobiline* n'existe pas, non plus que l'indican : la réaction d'Ehrlich fait défaut. Ni sucre, ni albumine.

Examen cryoscopique. — L'urine étant de faible densité, Δ est voisin de 0°, allant de $-0{,}13$ à $-0{,}35$ avant un mois, de $-0{,}21$ à $-0{,}78$ de un à deux mois. $\frac{\Delta}{NaCl}$ est plus élevé chez l'enfant que chez l'adulte : 3,2 à 5 jusqu'à six mois.

Coefficients urinaires. — Les coefficients $\frac{Azu}{zt}$ et $\frac{Ct}{Azt}$ permettent de mesurer l'activité nutritive de l'organisme, en particulier l'énergie de la fonction hépatique.

Le coefficient $\frac{Ct}{Azt}$ est plus bas chez les enfants bien portant que chez les débiles (en moyenne 0,70). En effet, si le foie fonctionne bien, il élimine le carbone par les poumons et l'intestin, et n'en laisse passer que peu dans l'urine. Dans le cas contraire, le carbone urinaire augmente et par suite le coefficient (C^t) croît.

Le rapport $\frac{Azu}{Azt}$ indique en quelle proportion l'azote des matériaux de désassimilation est transformé en urée. Si Azu est élevé, $\frac{Azu}{Azt}$ est également élevé et il exprime le bon fonctionnement de la nutrition et du foie en particulier.

Chez le nourrisson $\frac{Azu}{Azt}$ paraît plus fort que chez l'adulte. Il est en moyenne de 0,90 à 0,91 dans les deux premières années.

Toxicité urinaire. — L'urine des nourrissons, pauvre en principes extractifs, est moins toxique à dose égale que celle de l'adulte (Charrin, Macryeostas). Il faut 40 cc. d'urine d'adulte pour tuer un kilogramme de lapin (Bouchard), tandis qu'il est nécessaire d'aller jusqu'à 82 cc. avec l'urine du nourrisson (Charrin). La proportion change, si on rapporte les chiffres de la dose mortelle au poids du corps : un adulte de 65 kilogrammes émet en 52 heures environ la quantité d'urine nécessaire à intoxiquer son propre poids; le nourrisson de deux à trois mois s'intoxique en 24 heures.

Donc entre la toxicité absolue de l'urine et la toxicité relative rapportée au poids du nouveau-né existe la même différence qu'entre les volumes d'urine éliminée envisagée de la même façon.

II. — Urines des nourrissons atteints de gastro-entérite

Pour étudier l'influence de l'état pathologique sur les urines du nourrisson, les auteurs ont choisi l'affection la plus fréquente parmi les enfants : la *gastro-entérite.*

Au cours des gastro-entérites les urines se présentent sous deux aspects différents : dans le premier cas, elles ressemblent aux urines normales, physiquement et même chimiquement : le pronostic est alors bénin : l'organisme résiste à la toxi-infection, le foie et le rein entravent l'action nocive des poisons.

Dans le second cas, l'urine n'est comparable qu'à celles des grandes infections : la toxi-infection est très intense, le foie et le rein sont altérés : c'est la forme grave des gastro-entérites et et c'est celle que les auteurs ont particulièrement en vue.

Caractères physiques. — La quantité d'urine est diminuée dans de fortes proportions et tient à la déshydratation due à la diarrhée. L'urine est brune, sale, trouble, chargée de sédiments ; l'acidité est exagérée ; la fermentation s'y fait rapidement et l'odeur en est pénétrante. La densité dépasse parfois 1.020.

Caractères chimiques. — L'urine est riche en éléments constitutifs.

Le taux de l'*urée* est plus bas que chez un enfant normal du même âge et du même poids.

L'*acide urique* et les *urates* sont en proportion plus élevée.

Les *chlorures* ont une tendance à la diminution d'autant plus accentuée que la maladie est plus grave.

Dans les formes aiguës bénignes on trouve 0 gr. 21 par vingt-quatre heures avant 6 mois ; dans les formes aiguës mortelles, 0 gr. 12 ; dans les formes chroniques aboutissant à la mort par athrepsie, le chiffre s'abaisse encore, et les auteurs ont relevé une fois chez un enfant de 6 mois le chiffre de 0 gr. 021 par vingt-quatre heures.

L'*urobilinurie* n'a été décelée qu'en cas de complications par broncho-pneumonie. La même remarque s'applique à la réaction d'Ehrlich.

L'*indican* est très fréquent (71 p. 100) ; c'est du reste, on le sait, un produit des fermentations intestinales.

Le *sucre* est absent, par contre on trouve l'*albumine* dans 42,6 p. 100 des cas, à l'état de traces ou au contraire à dose élevée. L'examen microscopique du dépôt dénote la présence de cylindres granuleux et de leucocytes.

Examen cryoscopique. — Si les urines sont claires (c'est le premier cas), $\Delta = -0,66$ en moyenne; dans le deuxième cas, urines rares foncées, denses, $\Delta = -1,35$ en moyenne : les urines sont hypertoniques. $\frac{\Delta}{NaCl}$ s'élève également d'une manière assez notable; chez ceux qui ont guéri il va à 3,75 et s'élève à 6,97 dans les cas mortels.

Coefficients urinaires. — Quand le rapport $\frac{Azu}{Azt}$ a été au-dessus de la normale (0,94 à 0,92), les enfants ont guéri; quand il était diminué, le pronostic était plus grave; les uns ont guéri, les autres ont succombé; et chez ceux qui ont guéri, la convalescence fut annoncée par un retour vers la normale.

Le rapport $\frac{Ct}{Azt}$ était très augmenté (0,97 et 1,10) dans les cas mortels.

Toxicité urinaire. — Elle s'est montrée considérable : les urines étaient beaucoup plus toxiques que la plupart de celles émises par l'adulte au cours de différents états infectieux.

En somme, comparées aux urines normales, les urines des nourrissons atteints de gastro-entérites présentent des modifications notables : moindre quantité émise, diminution de certains éléments normaux (urée et chlorures), ou augmentation d'autres matériaux (sels) et apparition d'éléments pathologiques (albumine, indican). L'augmentation de densité, l'hypertonie et l'hypertoxicité en sont les résultats.

Toutes les données fournies par l'examen de l'urine n'ont évidemment pas la même valeur, et il est indispensable de tenir compte, en particulier, de la diète hydrique imposée aux petits malades. Cependant, cet examen est encore le meilleur moyen de mesurer la gravité de la maladie. Aussi est-il nécessaire de le pratiquer aussi complet que possible.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies des reins et des voies urinaires

Traitement des néphrites (RAPERAK). — Les astringents, la fuchsine, l'acide nitrique donnent de bons résultats. L'hydrothérapie a une action abortive sur la néphrite. Le lait est le meilleur remède contre la néphrite, car, tout en étant diurétique, il est en même temps un aliment des plus complets.

Pilules :

Ergotine................................	5 gr.
Acide gallique...........................	8 »
Extrait et poudre de ratanhia..............	Q. s.

Pour 20 pilules. 2 à 4 pilules par jour.

Dans les cas où la forme pilulaire ne convient pas, on fera usage de :

Potion :

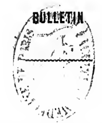
Ergotine..........................	2 à 3 gr.
Acide gallique.....................	4 »
Mucilage de gomme arabique.......	200 »
Saccharine........................	0 » 05

F. s. a. A prendre une cuillerée à bouche toutes les 2 heures

Le lactate de strontium, 6 grammes par jour en potion a été conseillé ; régime lacté absolu, aucune autre alimentation. — Diurèse considérable au troisième ou au quatrième jour du traitement.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



Le carbonate de lithine contre les taches d'acide picrique. La mortalité infantile à Cologne. — L'œuvre de la maternité à Nancy. — Prudence significative. — La lutte contre la tuberculose. — La protection de l'enfance. — La propagation du cancer en Allemagne.

Un des gros inconvénients de l'emploi en thérapeutique de l'acide picrique réside dans la coloration jaune intense que cette substance donne aux mains du chirurgien; d'après Sabatier, on enlève très facilement la coloration jaune des téguments en les plongeant dans une solution à 10 p. 100 de carbonate de lithine ou de benzoate de lithine.



La mortalité infantile atteint à Cologne des chiffres très élevés : dans la période de 1891-1897, sur 86.178 nouveau-nés 20.617 moururent avant la fin de la première année. Les causes sont à peu près celles qui provoquent la même mortalité ailleurs : misère sociale, mauvaise hygiène. Pour remédier au mal, Krautwig propose une série de réformes sociales et hygiéniques (secours aux filles-mères, solution de la question du lait.....) qui sont d'urgence aussi dans la plupart des autres pays et chez nous.

***

Pour tâcher d'atténuer, autant que possible, l'effroyable léthalité qui frappe pendant les six premières semaines de la vie les enfants élevés au biberon, M. le prof. Hergott, de Nancy, a tenté d'encourager l'allaitement au sein, en créant en 1890, dans son service, une œuvre dite de la Maternité. Voici d'après le *Bulletin médical* quel en est le fonctionnement :

Les femmes qui ont accouché à la Maternité reviennent un mois après leur sortie, à un jour déterminé. On pèse leur enfant, on compare son poids à celui qu'il avait quatre semaines auparavant et on donne une gratification variable, suivant l'augmentation obtenue, la manière dont ces enfants sont soignés, et suivant le nombre des enfants précédents.

Une femme dont le mari est bien portant et qui n'a qu'un enfant aura une gratification moindre que celle qui aura été abandonnée par le père de son enfant, car cette dernière aura eu plus de difficultés à surmonter pour arriver au but désiré. Par contre, la mère de famille qui a de nombreux enfants en bas âge recevra un secours supérieur à celui qui sera alloué à la mère dont les enfants peuvent travailler et apporter un gain utile à la communauté.

L'adresse des demeures de ces femmes secourues se trouve toujours sur le bon qu'on leur délivre sur la caisse de l'économe, de sorte qu'un inspecteur des enfants assistés peut facilement vérifier la véracité des indications données.

En dix ans, du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1900, il a été distribué 25.382 francs, ce qui a permis de secourir 2.052 femmes.

L'augmentation en poids de ces 2.052 enfants a été de 1.909 kilogrammes, ce qui fait 13 fr. 30 par kilogramme d'enfant.

De plus, non seulement le nombre des femmes qui viennent accoucher à la Maternité a notablement augmenté depuis dix ans, mais le nombre des mères qui allaitent leur enfant s'est aussi notablement accru.



Il faut que les médecins et chirurgiens d'Anderson aient été échaudés, comme on dit, pour qu'ils se soient résolus à refuser toute aide chirurgicale, à moins d'avoir obtenu du malade ou de sa famille une lettre par laquelle ceux-ci s'interdisent le droit de poursuivre judiciairement le praticien en cas de résultat défavorable de l'intervention.



Dans le but d'aider à la lutte entreprise contre la tuberculose, la Chambre des députés, sur la proposition de M. Étienne, a adopté un projet de résolution autorisant l'Œuvre générale des dispensaires antituberculeux et des cures d'air populaires de Paris et de la province à émettre une loterie au capital de 3 millions.

Cette œuvre dont le développement croît tous les jours, vient d'installer à Paris la seconde série de ses établissements philanthropiques.

Sont actuellement ouverts, les dispensaires antituberculeux de Saint-Lazare (IXe), 28, rue Saint-Lazare; de Montmartre (XVIIIe), 115, rue Marcadet; de Vaugirard (XVe), 196, rue Lecourbe; de Plaisance (XIVe), 10, rue Schomer; des Gobelins (XIIIe), 10, rue Fontaine-à-Mulard; de Ménilmontant (XXe), 5 *bis*, rue de Lesseps; des Buttes-Chaumont (XIXe), 91, rue Manin; des Batignolles (XVIIe), 19, rue des Apennins.

L'Œuvre va compléter le réseau des dispensaires parisiens et créer en province de nouveaux établissements dans les trois zones principalement décimées par la tuberculose : le Nord, l'Ouest et la vallée du Rhône. Les autres régions de la France seront pourvues avant un an de dispensaires antituberculeux sur le même modèle.

*
* *

Le Congrès international pour la protection de l'enfance qui, cette année, se tiendra à Londres, à Guildhall, du 15 au 18 juillet, comprendra une section médicale, une section législative et une troisième section où l'on s'occupera des question philanthrodiques et de celles se rapportant à l'éducation. Les présidents des deux premières sections sont Sir James Crichton-Browne et Lord Cross. Le secrétaire du Congrès est M. W. Gibson-Lewis, 8, Wells Street, Gray's Inn Road, W.-C. Londres.

*
* *

Les statistiques faites de 1892 à 1898 indiquent que les maladies cancéreuses ont considérablement augmenté en Allemagne surtout dans le Wurtemberg, à Hambourg, en Bavière sur la rive gauche du Rhin ; ces maladies seraient plus rares en Hanovre, en Saxe, en Westphalie, dans la Prusse Orientale. Dans certaines régions, le cancer est en décroissance. Il est à signaler que le nombre des cas de mort par cancer a augmenté. Les relevés statistiques établis prouvent que le cancer atteint aujourd'hui les individus à un âge beaucoup moins avancé qu'autrefois et que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Etat actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1),

par les Drs Picou et Bolognesi
(Anciens internes des Hôpitaux de Paris).

(*Suite*)

Chapitre VI. — Traitement chirurgical

XXV. — Quand le traitement chirurgical doit-il remplacer le traitement médical et dans quelles conditions? L'indication d'opérer se présente lorsque, après vingt-quatre ou trente-six heures du traitement, on ne constate aucune amélioration, lorsqu'il y a de l'agitation, des douleurs vives et lorsque le nombre des pulsations augmente tandis que la température tend à s'abaisser. — L'indication n'est pas moins nette si, après une amélioration de courte durée, on constate une recrudescence des symptômes qui avaient paru un instant s'amender : réapparition ou augmentation de fréquence des vomissements, élévation ou abaissement anormal de la température, altération des traits, persistance ou augmentation des douleurs. — A partir du 5e ou du 6e jour, la fin de la crise doit s'approcher; si, au lieu de s'abaisser, la température s'élève, s'il y a de grandes oscillations du thermomètre, ou bien si la température, s'abais-

(1) Voir les nos du 23 et 30 août, et 8 et 15 septembre 1902.

sant progressivement, n'est pas suivie par un abaissement proportionnel du chiffre des pulsations, s'il y a un ou plusieurs frissons, si les douleurs locales augmentent d'acuité et surtout si elles reviennent par crises, et si l'empâtement s'accroît et devient le siège d'une sensibilité douloureuse intense à sa partie centrale ou bien en dedans de l'épine iliaque et au-dessus de l'arcade crurale, dans toutes ces conditions, l'expectation devient dangereuse; il convient d'opérer.

« Il arrive parfois encore qu'après la défervescence et une période de bien-être ayant duré quelques jours, on assiste à une nouvelle poussée, imputable presque toujours, soit à la cessation de l'immobilité, soit à un excès d'alimentation. Si cette poussée résiste plus de 24 ou 36 heures à la reprise rigoureuse de la diète et de la glace, il ne faut pas hésiter à intervenir.

« Il faut encore opérer lorsque, l'appendicite s'arrêtant dans son évolution favorable, on assiste à une succession de petites crises aiguës ou subaiguës d'une durée variable et plus ou moins rapprochées. Dans l'intervalle de ces crises, on voit persister dans la fosse iliaque ou dans l'excavation un empâtement ou une induration de volume variable. C'est l'appendicite à recrudescences. » (Jalaguier, *XIIIe Congrès internat. de méd.* sect. de chir. infant. Paris, 1900, p. 179.) Il faut encore intervenir quand la diffusion des produits toxiques dans les ganglions, se traduisant par la multiplicité des points douloureux dès le début des accidents, nous donne la mesure de la gravité du mal; il s'agit en effet souvent, dans ce cas, d'appendicite gangréneuse (Quénu).

XXVI. — *La grossesse est-elle une indication* formelle à l'intervention immédiate au cours d'une crise d'appendicite

aiguë ? « L'appendicite pendant la grossesse, dit le professeur Pinard, doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas, et cela en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Pendant la grossesse, en effet, l'appendicite à marche insidieuse au début, prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité. L'intervention opératoire, aussi hâtive que possible, peut seule offrir des chances de guérison. Même en face d'un cas qui paraît désespéré, en ayant le courage d'intervenir, on peut quelquefois empêcher les malades de mourir. » (Pinard, *Acad. de méd.*, 1896, 1898, 1899, 1900.) Ces conclusions ont été presque unanimement adoptées par les auteurs qui ont eu à s'occuper de l'appendicite au cours de la grossesse. Cette affection, en effet, s'aggrave quand il y a grossesse concomitante : « Sur 29 cas, on a trouvé 10 cas de mort (Iarca, *Th. de doct.* Paris, 1898) plus récemment 16 morts sur 61 cas (Bapteste, *Th. de doct.* Lyon, 1899), et, d'après la statistique de Pérès (*Th. de doct.* Toulouse, 1901), 84 connus, 23 morts. L'influence de la grossesse est telle que, dans un cas de Tuffier (*Rev. d'obstétr. et de pédiat.*, 1897), il y a eu une poussée inflammatoire dans l'appendice au cours de trois grossesses successives. S'il existe une poche purulente, la présence de l'utérus qui se développe auprès de cette poche aura pour effet de la comprimer et d'exercer sur sa paroi des tractions dangereuses pouvant en favoriser la rupture : d'où péritonite suraiguë qu'on observe dans 11 p. 100 des cas » (Pérès, *loc. cit.*). D'autre part, l'appendicite n'est pas sans exercer sur la grossesse son influence néfaste. « L'infection colibacillaire issue de l'appendice peut agir, en effet, directement sur le produit de conception par effraction placentaire ou par absorption de

de toxines. Dans quelques cas cependant la grossesse peut continuer, d'autres fois l'utérus résiste et la femme meurt avant d'accoucher. (Wiggin, *Med. Record*, 1892.) — La propagation du foyer infectieux appendiculaire existe incontestablement et se fait d'une façon encore mal élucidée, soit par continuité, directement, soit indirectement par infection sanguine. — Le fœtus lui-même s'en ressent le plus souvent puisque tous les auteurs ont remarqué combien fréquemment les fœtus viables étaient expulsés morts, ou mouraient de cause indéterminée, ou présentaient, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie. Une observation de Pinard peut donner une explication de ce fait : « L'ensemencement pratiqué par le Dr Wallich (Pinard, *Ann. de gynécol.*, 1898, p. 353) et qui a donné des cultures pures de colibacille, démontre l'infection *in utero*, le sang ensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical. » (Thèse de Pérès.) — « Les statistiques démontrent d'ailleurs cette influence néfaste de l'appendicite. Iarca (*loc. cit.*), sur 29 cas, trouve 10 avortements et 5 accouchements prématurés ; et 7 enfants seulement sont nés vivants. Bouillier (*Th. de doct.* Lyon, 1897) a recueilli 22 observations, dont 7 où la grossesse avait été interrompue : 12 enfants furent expulsés vivants. La statistique générale de ce dernier auteur, concernant les femmes non opérées donne le chiffre énorme de 30 p. 100 de mortalité maternelle, et de 48 p. 100 de mortalité fœtale.

Cette gravité exceptionnelle de l'appendicite dans la puerpéralité devra-t-elle, dans tous les cas, forcer la main au chirurgien ? En d'autres termes, n'y a-t-il pas dans la grossesse des cas d'appendicite qu'on doive traiter médicalement ? Les conclusions de la thèse de Pérès (*loc. cit.*) parais-

sent favorables à ce dernier mode de traitement. En effet, dans son tableau d'ensemble comprenant deux séries : 1° celle des cas opérés, 2° celle des cas non opérés, l'auteur précédent trouve, dans le premier cas, 33 p. 100 de mortalité maternelle et 37 p. 100 de mortalité infantile, et dans le second cas, 16 p. 100 de mortalité maternelle et 27 p. 100 de mortalité infantile. Il ne faut donc pas dans la grossesse, en présence d'une appendicite, vouloir être toujours interventionniste quand même. Toutefois, en raison de la gravité exceptionnelle que peut prendre cette affection dans la puerpéralité, il sera prudent d'être beaucoup plus sévère dans les déterminations à prendre dans ce dernier cas que dans les cas ordinaires. Les indications générales si nettement posées par Jalaguier devront alors être plus rigoureusement observées. Mais quand ces indications n'existent pas, et cela qu'il y ait grossesse ou non, on voit presque toujours, souvent même malgré un début gravissime en apparence, le foyer se localiser et l'appendicite évoluer ensuite comme dans les cas les plus bénins (Roux, *Congrès internat. chir. infant.*, Paris, 1900, p. 174), permettant dès lors au chirurgien d'intervenir à froid et d'éviter ainsi au malade les dangers que nous avons déjà signalés.

XXVII. — Ces dangers sur lesquels nous insisterons encore une fois à cause de leur extrême importance, sont, dans les cas d'appendicite, avec abcès circonscrit, opérés à chaud : 1° l'ouverture de la grande cavité séreuse péritonéale, 2° les fistules purulentes ou pyostercorales, 3° les éventrations. Pour donner une idée de la fréquence relative de ces dangers, nous citerons encore quelques chiffres. — Ainsi, dans ses cas d'appendicite perforante et gangréneuse, avec abcès circonscrit, opérés à chaud, Sonnenburg (*loc. cit.*, p. 359) a pu noter, dans une première série (appendicite perforante):

sur 150 interventions, 36 fois l'ouverture certaine et 6 fois l'ouverture probable du péritoine; sur ces 150 opérations à chaud, l'appendice a été réséqué chez 91 malades ; il a été laissé en place chez tous les autres; 135 opérés ont guéri; 15 sont morts : au nombre de ces derniers s'en trouvent 6 dont le péritoine avait été ouvert au cours de l'opération et 3 chez lesquels l'ouverture de la grande cavité séreuse, était des plus probables. Sur 6 des 15 malades ayant succombé, l'appendice avait été réséqué, 2 fois avec ouverture certaine et deux fois avec ouverture probable de la grande cavité péritonéale.

Dans la seconde série (appendicite gangréneuse), sur 64 cas opérés à chaud, le péritoine a été ouvert 17 fois, et peut-être même 20 fois, en y ajoutant 3 cas douteux ; dans ces 64 interventions, l'appendice a été réséqué 48 fois : 60 malades ont guéri; 4 sont morts. Parmi ces derniers, deux ont eu la grande cavité péritonéale sûrement ouverte, et les deux autres probablement. Trois des quatre malades ayant succombé, avaient subi la résection de l'appendice, deux fois avec ouverture certaine, et une fois avec ouverture probable de la grande cavité péritonéale. Ainsi, sur 214 interventions pratiquées dans les circonstances que nous venons de signaler, on note 19 décès dont 13, c'est-à-dire les deux tiers sont imputables à l'ouverture du péritoine ; parmi ces 19 malades, 9 avaient subi la résection de l'appendice, dont 7 avec ouverture de la grande cavité séreuse péritonéale. Cette statistique montre l'importance, au point de vue de la léthalité, de ce dernier incident opératoire, qui se produit surtout lorsqu'on cherche à réséquer l'appendice au cours des interventions à chaud.

Quant aux fistules, .sur 441 observations, Mühsam (cité par Sonnenburg, *loc. cit.*, p. 366) en relève 80 cas qu'il

sépare en deux groupes : 1° celles qui apparaissent sans intervention opératoire ; 2° celles qu'on voit se produire à la suite d'une opération. Dans le premier groupe, l'auteur n'en mentionne que trois.

Le second groupe comprend, au contraire, la majeure partie des faits : soit en tout 76 cas de fistules, devant elles-mêmes être subdivisées en fistules purulentes simples, séreuses ou séro-purulentes, au nombre de 25, et en fistules pyostercorales au nombre de 31. Abstraction faite de six observations dans lesquelles les sutures n'avaient pas tenu, tous les autres cas sont attribuables soit à la perforation déjà existante, soit à l'altération déjà fort avancée de l'appendice.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on pratique des sutures sur un moignon d'appendice réséqué à chaud, on a toutes les chances de voir suppurer dans la suite les fils passés au travers de tissus infectés. L'infection des sutures est beaucoup moins à craindre et s'observe d'ailleurs beaucoup plus rarement dans l'opération pratiqué à froid, où les lésions ont souvent eu le temps de devenir complètement stériles, comme en font foi plusieurs observations, publiés notamment par Sahli, Helferich, Sonnenburg, et tout récemment encore par Mauclaire (*Gaz. des hôpit.*, 6 mai 1902). L'éventration est l'accident le plus commun survenant chez les individus opérés pour une appendicite à chaud, et traités par l'incision simple. Dans les appendicectomies à froid, alors que le chirurgien a pu, grâce à l'asepsie, réunir par première intention les lèvres de la plaie, on voit même des éventrations : 2 cas sur 27 (Poncet, *Rev. chir.*, 1892, p. 968) ; à plus forte raison seront-elles fréquentes lorsque la plaie aura été le siège d'une abondante et longue suppuration, ayant nécessité parfois des drainages multiples et prolongés.

Dans la thèse de Mlle Gordon (Paris, 1897) on trouve 13 éventrations sur 45 cas, soit une moyenne de 28,1 p. 100; Sonnenburg donne dans sa pratique une moyenne de 15,2 p. 100. Dans la thèse de Coittier (Paris, 1899), sur 47 cas opérés par l'incision simple, 14 ont eu de l'éventration. Mais, à la différence des fistules, qui guérissent presque toutes spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, l'éventration exige toujours une intervention secondaire.

D'après ce que nous venons de voir, l'intervention à froid sera donc toujours l'opération idéale (Roux), celle qu'on devra pratiquer toutes les fois qu'il n'existera aucune des conditions urgentes précédemment exposées d'après la remarquable communication de Jalaguier rapportée plus haut. Dans ce cas, le traitement médical prépare la voie au chirurgien, qui, sans crainte d'aucun ennui, pourra toujours mener à mieux son entreprise.

XXVIII. — Quel que soit le moment choisi pour *l'intervention dans l'appendicite avec abcès circonscrit*, quel devra être le procédé de choix? « Max Schüller (*Arch. für Klin. Chir.*, 1889, p. 856) a proposé de faire une incision sur le bord externe du muscle droit; on arriverait ainsi directement sur l'appendice; mais il ne faut pas oublier que l'abcès est la plupart du temps peu volumineux et entouré d'adhérences intestinales et épiploïques, qu'il faudra traverser ou écarter, ce qui ne saurait se faire sans difficultés et sans dangers. » Aussi, dans les interventions à chaud, l'incision au-dessus de l'arcade crurale a-t-elle prévalu.

Voici, d'après Roux (de Lausanne) (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mai 1890, p. 325), dont l'autorité en pareille matière est hors de contestation, les règles opératoires qu'il convient de suivre : on doit partir de cette donnée que l'abcès est le plus souvent en rapport avec

l'appendice et qu'il siège alors « à l'extrémité du cæcum dans l'angle formé en haut par cet intestin, en arrière et en dehors par la fosse iliaque. Cet espace est borné, en dedans par des anses grêles; en avant, par le péritoine pariétal antérieur ou par des anses accolées et par l'épiploon interposé. En pénétrant dans cette loge hypothétique par le bord externe de la fosse iliaque, on peut refouler en dedans tout ce qu'on rencontre (épiploon, anses soudées) et rester en dehors de la cavité péritonéale libre, pourvu qu'on ne prolonge pas trop les décollements en bas et en dedans ».

On pratique une incision de 15 à 18 centimètres, parallèle au ligament de Fallope, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous de cette épine : on coupe couche par couche jusqu'au fascia transversalis. Les tissus que l'on traverse sont infiltrés et œdémateux lorsque la maladie est un peu ancienne. « Arrivé sur le péritoine, on l'ouvre dans la partie supéro-externe de la plaie, là où l'on est sûr de rencontrer le cæcum (côlon); l'index est alors engagé entre l'intestin qu'il refoule en dedans, et la paroi abdominale externe; puis l'exploration et le décollement sont poursuivis jusqu'en arrière, lorsque le pus n'a pas jailli du premier coup et qu'on a quelques raisons de placer le siège de l'abcès dans l'espace rétrocæcal. Si l'on ne trouve rien, on termine peu à peu la section du péritoine et l'on continue à explorer la fosse iliaque, en ménageant les adhérences, et en cherchant, si c'est nécessaire, à atteindre d'abord le point d'insertion de l'appendice, d'où l'on est sûr de ne plus manquer le but. Si l'extrémité de l'appendice est difficile à trouver, c'est qu'elle est enfermée dans un paquet d'adhérences d'où l'on fera sortir le pus dans la plaie. Après que le pus aura été ainsi évacué, on fera la résection de l'appendice, s'il est facilement accessible; dans le cas

contraire, on ne le cherchera pas et l'on se contentera de drainer. » (Jalaguier.) Telle est également l'opinion de Kümmel, Roux, Guinard, Quénu, Broca, Routier, Sonnenburg.

Poirier, par contre, dit qu'à son avis, on devrait toujours s'efforcer de réséquer l'appendice, parce que c'est le vrai moyen d'ouvrir tous les abcès et de faire une opération complète (*Bull. et Mém. Soc. chirur.*, 1899, p. 457). Telle est également l'opinion de Reclus qui recommande la recherche de l'appendice, non pas tant pour le réséquer que pour ouvrir, au cours de cette recherche des abcès secondaires. « A mon avis, dit Jalaguier (*Congrès internat. de chirurgie infantile*, 1900, p. 186), cette recherche ne doit être faite qu'autant qu'elle est compatible avec le respect des adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale. Aussi bien, la simple ouverture et le drainage suffisent-ils dans la majorité des cas pour avancer la guérison. » Quant aux abcès secondaires, « en admettant que l'un d'eux ait passé inaperçu, il vient s'ouvrir ultérieurement dans le foyer primitif, lorsque celui-ci a été bien drainé, et lorsque les mèches de drainage ont été placées au voisinage de l'appendice ». (Thierry, *Congrès internat. de chirurgie générale*, Paris, 1900, p. 658.) Ce drainage devra d'ailleurs être enlevé le plus tôt possible; car on a signalé des fistules stercorales par ulcération du cæcum, dues au contact trop prolongé de la gaze avec ses parois (Poncet, *Rev. de Chir.*, 1892).

Nous disions, tout à l'heure, que l'incision de Roux avait prévalu. Toutefois, « pour les péritonites enkystées suppurées, le mode d'intervention varie quelque peu suivant le siège de la collection, et, quoi qu'on en ait dit, l'indication capitale, c'est de chercher à pénétrer dans la cavité purulente sans passer par le péritoine libre. Dans ce but, on

s'efforeera de ne pas dépasser le ehamp des adhérenees péritonéales ou bien on cherchera à aborder l'abeès par un chemin détourné, par exemple, en déeollant le péritoine pariétal. Dans quelques cas partieuliers, tels que les collections de l'appendieite pelvienne, on pourra être eonduit à ineiser par le rectum, par le vagin et même par le périnée. S'il faut absolument, pour atteindre l'abeès, traverser le péritoine libre, il est indispensable d'isoler avee le plus grand soin le foyer septique avant de l'ouvrir et de l'évaeuer ». (Jalaguier.) C'est également pour des raisons analogues que l'on pourra parfois être appelé à faire l'ineision dans la fosse iliaque gauche, ou même à la partie externe de la masse sacro-lombaire : eette dernière incision à la partie externe de la masse saero-lombaire est l'ineision de Sonnenburg, qui la prolonge à un travers de doigt au-dessus de la erête iliaque, jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ce dernier auteur a même préeonisé, pour les suppurations douteuses, une ineision en deux temps; voici, d'après Kümmel (*Arch. für Klin. Chir.*, 1890, t. XL, p. 618) qui ne paraît pas éloigné de l'adopter, en quoi eonsiste ee proeédé : diviser les parties molles jusque sur le péritoine; ensuite, ehereher à reeonnaître dans la profondeur l'abcès qui peut exister; si l'on ne sent rien ou si les adhérenees paraissent insuffisantes, remplir la plaie d'un tissu antiseptique, et attendre quelques jours pour pouvoir entreprendre l'ouverture sans danger; cette manière de faire n'a reneontré jusqu'iei que peu d'imitateurs (Jalaguier). « L'opération en deux temps de Sonnenburg nous paraît être un accident, un aceroc : elle ne saurait être érigée en méthode. » (Roux.)

Quant au procédé opératoire adopté par Sonnenburg qui, eraignant d'ouvrir dans la grande eavité péritonéale la collection purulente enkystée, aborde celle-ci par le flanc, en

faisant une incision parallèle à la crête iliaque, en dehors de la masse sacro-lombaire, il mettait l'opéré à l'abri des éventrations qu'on rencontre assez souvent lorsque l'ouverture de l'abcès a dû être faite en un point quelconque de la paroi ventrale, et particulièrement dans la fosse iliaque droite.

Dans le but d'éviter ces éventrations, en ne sectionnant pas les muscles, Mac Burnay a conseillé de faire une incision perpendiculaire à la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et située à un centimètre et demi au-dessus de ce dernier point de repère. Arrivé à la couche musculaire, on incise le grand oblique, en séparant les fibres musculaires sans les couper perpendiculairement. Ensuite, à l'aide de ciseaux mousses et d'une sonde cannelée, on sépare les fibres du petit oblique, puis celles du transverse, sans les sectionner. Ce procédé opératoire a l'inconvénient de ne pas donner assez de jour et ne paraît pas, dans tous les cas, devoir favoriser un bon drainage.

La véritable cause des éventrations résidant surtout dans la suppuration qui détruit les tissus et nécessite un drainage souvent prolongé, d'où impossibilité de réunion immédiate des lèvres de la plaie, Franck Hartley conseille, pour éviter pareil inconvénient, d'ajouter au drainage antérieur un drainage postérieur. Cette manière de procéder permettrait, en assurant toujours l'écoulement du pus par le drain postérieur, d'enlever le drainage antérieur au bout de très peu de temps et de favoriser ainsi la réunion plus rapide de la plaie pratiquée en avant. Malheureusement elle n'atteint pas toujours le but proposé.

Dans les cas d'abcès iliaque profond, on pourra avoir recours au procédé dit *à posteriori*, imaginé par Poirier. Voici en quoi consiste ce procédé : « J'incise, dit l'auteur (*Société de chirurgie*, 6 juillet 1898), parallèlement à la

moitié externe de l'arcade crurale et j'étends mon incision à 4 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette incision est faite à 3 centimètres au-dessus des vaisseaux circonflexes iliaques que l'on reconnaît ordinairement au cours de l'opération. Lorsque je suis arrivé derrière le transverse, je cesse d'aller devant moi; je creuse avec le doigt et la sonde cannelée pour décoller le péritoine iliaque, comme si j'allais à la recherche des vaisseaux iliaques, externes. J'aborde ainsi l'appendice ou la région appendiculaire par sa face postérieure : dès lors, c'est en procédant d'arrière en avant, avec le doigt ou la sonde cannelée que je dissocie la tumeur appendiculaire, ouvrant les abcès s'il y en a, détachant les adhérences s'il s'agit d'appendicite plastique. » Un procédé analogue à celui que nous venons d'exposer, avait déjà été décrit par Chaput, en 1890, dans un article du *Journal des Praticiens* (1).

Quand il n'y a pas d'adhérences entre la paroi et le foyer de suppuration, Quénu n'est pas partisan de l'incision de l'abcès : « Le but essentiel de l'opération, dit-il, est de donner issue au pus sans diffuser l'infection. Le péritoine étant incisé, ou bien l'on tombe dans un abcès qui était ilio-inguinal, et il n'y a alors qu'à le drainer, ou bien on se trouve dans la cavité péritonéale libre, le foyer étant rétro ou sous-cæcal; dans nos premières communications (Quénu, *Société de chirurgie*, 17 juillet 1895), je conseillais en pareil cas d'appliquer de la gaze iodoformée au contact du phlegmon, afin de tracer au pus la voie à suivre. Je vais plus loin aujourd'hui : 1° lorsque la masse phlegmoneuse est petite

(1) Par suite de la situation rétrocæcale assez fréquente de l'appendice, l'abcès pourra siéger dans la région lombaire, et dans ce cas l'incision devra être dorsale et parallèle à la colonne vertébrale, comme dans les abcès du mal de Pott. (Ménard, *Th. doct.* Paris, juillet 1902.)

et que, d'après les constatations faites *de visu*, je m'attends à l'issue d'une petite quantité de pus, je soulève avec précaution le cæcum et détache en un point limité les adhérences molles, après avoir bien protégé les alentours de compresses stérilisées, puis je recueille au fur et à mesure qu'il apparaît, le liquide septique, à l'aide de tout petits tampons montés au bout d'une pince, proscrivant tout lavage et toute manœuvre digitale et me bornant à drainer; 2° lorsque le foyer est ou paraît volumineux, avant d'y pénétrer, je suture, par un surjet rapide, le cæcum au péritoine pariétal, isolant ainsi d'avance la grande cavité abdominale de la voie que va suivre la suppuration; 3° quand le foyer enfin est mésocœliaque, je me borne au tamponnement à la gaze iodoformée. » (Quénu : note manuscrite adressée à Jalaguier, et reproduite par cet auteur dans le tome VI du *Tr. de chirurgie* de Duplay et Reclus, p. 684.)

Dans les cas où l'on aura affaire à une appendicite avec foyer pelvien, il faudra se comporter exactement comme s'il s'agissait d'une annexite suppurée; on fera donc la laparotomie médiane, et on ira directement à la recherche de la collection purulente en avant du rectum. Après en avoir enlevé tout le pus par tamponnement, on drainera la cavité de Douglas avec un ou deux gros drains en caoutchouc entourés de gaze iodoformée, qu'on laissera sortir par l'angle inférieur de la plaie suturée dans tout le reste de son étendue. Dans les cas où la péritonite commence à se généraliser, Poirier (*Soc. de chir.*, 23 janvier 1901) conseille de mettre quatre drains dont deux dans la cavité péritonéale, l'un d'eux descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Cette opération exige, aussi bien qu'une hystérectomie abdominale, la position élevée du bassin, et, en limitant très exactement le champ opératoire avec des compresses stéri-

lisées, on pourra même enlever l'appendicite, sans craindre d'infecter la grande cavité péritonéale.

Lorsque l'appendicite a été opérée dans les premières heures de son évolution, l'hyperesthésie, la contracture de la paroi disparaissent à l'instant, la fièvre tombe, le pouls bat 90, le ventre redevient souple et, signe caractéristique de la guérison certaine, les matières fécales reprennent leur cours normal. Si l'intervention a porté sur un abcès péri-appendiculaire, et si l'appendice a été réséqué, tous les symptômes généraux et locaux s'évanouissent pourvu que l'organisme n'ait pas été infecté déjà et qu'il ne se soit pas produit d'abcès métastatique dans le foie, les reins, etc... Les drains sont enlevés au bout de 2 à 3 jours, la suppuration tarit en 7 ou 8 jours, et la plaie se ferme. La purulence peut durer cependant un certain temps; elle est alors due, le plus souvent, au fil qui serre le moignon et qui sera éliminé.

Quand l'abcès est plus volumineux, le foyer met plus longtemps à se combler par le bourgeonnement de ses parois; de plus, la suppuration peut s'éterniser soit à cause de la présence de l'appendice dans la cavité, ou d'un calcul, soit à cause des clapiers qui se sont formés et qui se vident mal. On est alors obligé, pour hâter la guérison, de faire de grands lavages, et quelquefois une contre-ouverture qui permettra au pus de s'écouler facilement (Béra, *Thèse doct.*, Paris, 1900). Dans le but d'éviter une éventration ultérieure, on ne devra permettre à l'opéré de se lever que lorsque le tissu cicatriciel aura subi une rétraction suffisante, ce qui exige bien au moins trois semaines, depuis le moment où la plaie, ne suppurant plus depuis longtemps, se trouve complètement comblée par des bourgeons charnus. Le malade devra alors porter une ceinture abdominale pendant au moins 18 mois.

XXIX. — Lorsque les circonstances favorables au malade n'auront pas forcé dès les premiers jours la main au chirurgien, à quelle époque conviendra-t-il d'opérer? En d'autres termes, *quand pourra-t-on dire qu'on opère une appendicite à froid*? D'après Roux comme d'après Jalaguier, il faut, si l'on veut intervenir à froid, attendre au moins six semaines. C'est le temps moyen nécessaire pour rendre un abcès à peu près stérile, ou pour le rendre résorbable; car la résorption des abcès péri-appendiculaires est possible, laissant après elle de petits kystes séreux stériles (Sonnenburg, *XXVe Congrès des chir. allem.* 1896; Dœfler, 1899), ou, ce qui est encore beaucoup plus fréquent, des amas caséiformes résiduaux composés de cellules en dégénérescence graisseuse, de leucocytes et de corpuscules granuleux (Gerster, Routier, Jalaguier, Brun, Sonnenburg, Treves, Weiss et Février, Kirmisson, Schwartz, Reynier). Mais il ne faut pas oublier que le temps exigé pour la stérilisation de l'abcès peut être beaucoup plus long que celui précédemment indiqué : en effet, cette stérilisation peut s'observer même dans l'appendicite à répétition, affection dans laquelle les reliquats appendiculaires et péri-appendiculaires présentent pour ainsi dire constamment et pendant fort longtemps, d'après les recherches de Von Mayer déjà citées, soit des colibacilles, soit d'autres microbes encore virulents. Il est donc difficile de se prononcer dans tous les cas sur l'état de virulence et la nature même des reliquats inflammatoires laissés autour de l'appendice par une crise à laquelle on vient d'assister. « Le professeur Hayem a bien démontré depuis longtemps que l'hyperleucocytose est symptomatique d'une suppuration, en un point quelconque de l'économie. Récemment même cette hyperleucocytose a été constatée au cours de l'appendicite par MM. A. Robin (de New-York), Silhol,

Tuffier et Milian, Cursham, etc. Cette recherche hématologique permet de reconnaître la présence du pus, mais rien de plus. Elle ne nous dit rien sur la virulence ancienne ou actuelle du pus. Jusqu'à plus ample informé, ce n'est pas deee côté qu'il faudra reehereher un élément indicateur pour ou contre l'intervention immédiate. » (Mauelaire, *loc. cit.*) (1).

L'examen hématologique ne nous fournissant donc sur la virulenee des lésions péri-appendiculaires que des résultats incertains, c'est eneore à la elinique qu'il faudra s'adresser pour être à peu près fixés sur le moment où l'opération sera eonsidérée comme pouvant être entreprise à froid. « Pour beaucoup, à froid, c'est quand on ne sent plus d'induration, de masse suspecte, quand le ventre est devenu souple. Eh bien ! cette eonstatation n'est pas encore suffisante.

« Si vous avez eu affaire à une crise appendiculaire de eourte durée, sans réaetion péritonéale, le ventre restant souple, la douleur disparaissant dans les 24, 48 heures, dans ces eas l'opération à froid peut se faire au bout de 15 à 20 jours : mais encore faut-il qu'il n'y ait pas eu de fièvre; ear, si pendant deux jours il a existé de la fièvre, on peut, en opérant trop tôt, trouver un mésofriable, se coupant facilement et saignant, qui donne lieu à ees hémorragies que signalait dernièrement M. Kirmisson.

« J'arrive maintenant à ees eas où la erise appendiculaire s'est accompaguée de réactions péritonéales graves au début, qui se sont ealmées sans donner lieu à une eollection limitée. Dans ee cas, on ne saurait trop reeommander de retarder le plus longtemps possible l'opération de l'appen-

(1) Pour Wassermann (*Deuts. med. Woch.*, 1902), toute hyperleucocytose de plus de 25.000 lueeocytes par millimètre cube de sang serait, dans l'appendicite, un indice certain de suppuration et indiquerait l'intervention.

dicite à froid. Cette appendicite ne se refroidit que lentement, et lors même que la palpation ne révèle plus rien, dans ces formes, il faut se défier en intervenant trop tôt de réveiller par le traumatisme un feu qui couvait sous la cendre. Par conséquent dans ces formes d'appendicite où des vomissements prolongés, le ballonnement du ventre ont été l'indice d'une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour se mettre à l'abri de tout accident et opérer véritablement à froid. Passé en effet deux mois, j'ai fait dans les mêmes conditions des opérations, en trouvant des lésions dont le refroidissement absolu m'était démontré par la bénignité des suites opératoires.

« Restent les cas où il y a eu abcès, démontré par la présence d'une tuméfaction localisée par la matité, la fièvre, et où l'abcès n'ayant pas été ouvert par la main du chirurgien, s'est ouvert spontanément dans l'intestin. En pareille circonstance, je crois qu'on ne saurait trop reculer la date de l'opération à froid, ce n'est plus 40 jours, mais 3, 4 ou 5 mois. On risque autrement de tomber sur des adhérences, sur des foyers mal vidés, encore virulents, dont la découverte peut être la cause d'accidents graves, dont malheureusement dernièrement on a entendu trop parler.

Pour mon compte personnel, ce n'est que très tardivement, et, quand je suis bien sûr que tout a dû s'éteindre, que j'interviens. Et, en suivant cette ligne de conduite, je n'ai eu qu'à me louer puisque sur 59 opérations d'appendicite à froid, je n'ai eu qu'un mort. » Reynier (*Congrès international de chirurgie générale*. Paris, 1900, p. 681.)

« Il n'y a pas, dit Jalaguier (*loc. cit.*, p. 188), de limite fixée à la durée de l'expectation; mais on peut dire qu'il faut faire le possible pour n'intervenir que lorsque toute trace palpable d'induration a disparu depuis au moins 10 ou 15 jours. »

XXX. — *L'opération à froid* doit-elle d'ailleurs être pratiquée dans tous les cas, et n'y a-t-il pas des exemples d'appendicite aiguë définitivement guérie par le traitement médical? « Les cas très légers, fugaces, d'appendicite fruste, dit Ricard, ceux que Talamon a voulu décrire sous le nom de « colique appendiculaire » lors d'une première atteinte, n'appellent pas le bistouri. » Nous pouvons même ajouter que la plupart de ces cas ne récidivent pas; mais, comme chez un malade qui a déjà présenté une première crise aiguë, la seconde attaque est souvent plus grave que la première, nous croyons devoir considérer, avec Jalaguier, « l'ablation de l'appendice après une seule crise, comme une mesure de prudence pleinement justifiée ». « L'opération est quelquefois difficile à faire accepter lorsque la crise est passée et la santé parfaite; les malades ou leurs parents ne comprennent pas qu'il soit nécessaire d'ouvrir le ventre sans une indication palpable. J'ai pour principe, en pareil cas, d'exposer la situation aux intéressés, de leur montrer, d'un côté la possibilité, sinon la probabilité d'une rechute grave, de l'autre la sécurité absolue au prix d'une opération, somme toute, bénigne. Et après les avoir ainsi dûment avertis, je leur laisse une part de responsabilité dans le parti à prendre. D'ailleurs les indications de l'opération ne sont pas également pressantes pour tous les cas : si la crise aiguë a évolué sans exsudat notable, il est permis de supposer que l'appendice est resté libre et flottant dans le péritoine, et que, par suite, la seconde attaque, si elle se produit, pourra donner lieu aux accidents les plus graves. On devra alors proposer l'opération avec beaucoup plus d'insistance que dans les conditions opposées, c'est-à-dire lorsque l'appendicite s'est accompagnée d'exsudats considérables ayant laissé sans doute autour de l'appendice une barrière d'adhérences.

« L'âge des sujets et les conditions sociales ont aussi leur importance. Il est en effet reconnu que les attaques d'appendicite sont beaucoup plus graves et les rechutes beaucoup plus fréquentes chez les enfants que chez les sujets âgés. On insistera donc beaucoup plus pour l'opération après une seule crise chez les enfants que chez les adultes, et aussi chez les sujets auxquels leur position sociale ne permet pas de se soumettre à des précautions et à un régime destiné à prévenir le retour des accidents.

« La perspective de grossesses possibles dans un avenir plus ou moins éloigné doit, à mon avis, faire conseiller l'opération chez toutes les jeunes femmes qui ont eu une crise bien nette d'appendicite. La grossesse est, en effet, une cause occasionnelle assez fréquente de poussées aiguës sur un appendice préalablement altéré. Pratiquée à froid, l'opération n'affaiblit pas la paroi abdominale et n'expose pas à l'éventration. » (Jalaguier, *Congrès intern. de chirur. infantile*, Paris, 1900, p. 187.)

Dans l'appendicite chronique d'emblée, sur laquelle Walther et Brun ont appelé l'attention, l'appendice paraissant fort peu atteint, malgré l'étendue et la gravité des lésions à distance, cet organe pourra être abordé dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'opérer une appendicite à froid. L'extirpation de l'appendice suffit dans ce cas pour amener la régression et la guérison des lésions secondaires. Mais, dans certains cas où l'épiploïte chronique consécutive à cette affection, très ancienne et très étendue a déterminé des déviations, des coudures du gros intestin, de l'intestin grêle ou de l'estomac, on peut être conduit à des manœuvres de libération plus ou moins compliquées, parfois même à la résection d'une partie du grand épiploon. La seule contre-indication à l'opération, dans ce cas, provient soit de l'âge

avancé, soit de l'état général du malade, quand ce dernier, par exemple, est atteint de diabète, d'obésité ou d'albuminurie. « Comme cette appendicite chronique n'expose, somme toute, que rarement à des accidents aigus graves, l'opération ne doit être entreprise que lorsqu'il s'agit de rendre à un malade l'intégrité de ses fonctions sans mettre sa vie en danger. » (Jalaguier.) (*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Le lichen d'Islande, l'acide cétrarique, l'acide protocétrarique. — Leurs propriétés anti-émétiques. M. Guesdon (*Thèse de Paris*, 1901, n° 296).

Le lichen d'Islande, pour les auteurs du commencement du XIXe siècle, est un aliment, mais un médicament au moins douteux. Les anciens médecins l'utilisaient dans la bronchite chronique et chez les tuberculeux. C'était d'abord un aliment, puis, selon les idées de Muray, un adoucissant de la toux.

Personne, dans tous les cas, ne lui soupçonnait un principe antiémétique. C'est aux études de Fortunatoff, en 1890, que l'on fut amené à lui reconnaître des propriétés antivomitives.

C'est à MM. Brismoret et Deguy que revient l'idée d'employer contre les vomissements, la teinture de lichen qui devait contenir l'acide cétrarique. Ces premières expériences cliniques eurent lieu à Necker, dans le service de M. Huchard, et elles établirent définitivement l'action anti-émétique de la teinture de lichen.

L'auteur pense qu'on pourrait employer cette substance dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse, toutes les fois qu'il n'y a pas lieu de redouter particulièrement la congestion de l'utérus.

Cette teinture détermine des mouvements de l'estomac et de

l'intestin qui s'opposeraient aux vomissements. Sa posologie est la suivante et la plus fréquemment donnée, c'est la dose de XXX gouttes un quart d'heure avant les deux principaux repas.

Elle est contre-indiquée dans les cas de congestion des organes de la digestion, dans les ulcérations de l'intestin, elle pourrait faciliter des perforations. Dans tous les cas où la chirurgie intervient sur l'estomac, les intestins, les mouvements péristaltiques pouvant nuire à la solidité des sutures.

Le citrophène, contribution à l'étude de ses propriétés thérapeutiques. M. ALFRED LEFÈBRE (*Thèse de Paris*, 1901, n° 653).

La dose du citrophène à administrer en 24 heures est de 1 à 3 grammes pour les adultes, et de 0 gr. 60 à 1 gramme pour les enfants par prises de 0 gr. 20.

Il est peu soluble dans l'eau, on ne peut donc le donner en potion, mieux vaut l'ordonner soit en cachets, soit en paquets qu'on fait dissoudre dans un peu d'eau de Seltz ou de limonade gazeuse dans laquelle il se dissout facilement.

Le médicament est très agréable à prendre, ce qui en rend l'administration facile chez les enfants.

Il est absorbé rapidement par les voies digestives ; 20 minutes après sa présence est décelée dans les urines à l'aide du perchlorure de fer ; sous ce réactif les urines prennent une teinte d'un rouge vineux.

Ses applications thérapeutiques découlent de ses propriétés antirhumatismales, analgésiques et antithermiques. Dans le rhumatisme il agit comme le salicylate de soude. Il donne parfois des insuccès alors que la salicylate amène des guérisons. Il n'occasionne pas de bourdonnements d'oreilles et, même aux doses excessives de 3 ou 4 grammes, on ne constate jamais de surdité. Pas d'albumine, pas d'hématurie. Aucun trouble gastrique, pas d'éruption cutanée. L'efficacité du citrophène est remarquable dans le rhumatisme subaigu.

L'inconvénient le plus sérieux, ce sont les sueurs profuses, et qui sont le plus souvent désagréables ; cependant elles sont plutôt

utiles que nuisibles et ne se présentent pas dans tous les cas.

C'est un analgésique et un bon antipyrétique qui, comme tel, peut être employé dans les maladies fébriles.

Contribution à l'étude clinique des propriétés antithermiques de l'aspirine. M. JEAN CARRÉ (*Thèse de Paris*, 1901, n° 453).

Sans doute la fièvre n'a pas trouvé dans l'aspirine un adversaire héroïque, mais elle a eu contre elle une efficacité appréciable. Les médicaments proposés comme antithermiques sont nombreux, et cependant que de fois leur efficacité n'est-elle pas mise en défaut. Que de fois un de ceux-ci, souverain dans un cas, n'échoue-t-il pas dans un cas analogue. Il y a des fièvres déconcertantes, et la fièvre tuberculeuse par exemple est très rebelle.

L'aspirine est un dérivé de l'acide salicylique dont elle prend les propriétés principales, sans en garder les inconvénients.

L'action de ce médicament a deux propriétés, l'une générale c'est sa propriété antithermique; l'autre de champ plus vaste, c'est sa propriété analgésique, chez les rhumatisants par exemple.

Les douleurs cessent rapidement après la transpiration qui suit l'administration de l'aspirine. Dans le carcinome utérin et rectal, on a vu les douleurs diminuées.

Dans la grippe, la pleurésie, l'ascite, les effets obtenus ont été bons. Elle abaisse rapidement la température; les courbes contenues dans cette thèse sont instructives et indiquent bien l'action efficace du médicament. On obtient de bonnes chutes de température avec les doses moyennes de 1 à 2 grammes. Il faut donner l'aspirine à doses décroissantes dans les affections aiguës et d'une manière continue; donner successivement, 4, 3, 2 et 1 gramme. Il est préférable de la donner dans la journée pour procurer au malade une bonne nuit.

Bien que l'effet du médicament soit précédé d'une transpiration notable, les urines ne diminuent pas et ne sont pas chargées d'albumine; il semble même qu'elles s'éclaircissent lorsqu'elles sont rares et chargées.

Son action antithermique est due à l'acide salicylique; une de

ses propriétés remarquables est qu'elle s'élimine, non seulement par les urines, mais aussi par les articulations. Ses deux facteurs principaux sont : la sudation et la diurèse; son action est passagère dans la fièvre tuberculeuse, et définitive dans la fièvre rhumatismale. Son innocuité et sa tolérance presque absolues.

Traitement de l'eczéma par les composés du plomb. M. Boirivaut (*Thèse de Paris*, 1901, n° 583).

Parmi les nombreuses médications autrefois employées, parmi celles qui sont aujourd'hui en usage dans le traitement de l'eczéma, on doit compter les préparations à base de plomb.

Les différents composés du plomb ont des propriétés astringentes et antiseptiques; on les utilise à l'extérieur sous forme de solution, soit pour constituer la base de pommade, d'emplâtres ou de liniment.

Les principaux composés sont : le sous-acétate de plomb ou extrait de Saturne, et la litharge. Le premier, mélangé à l'eau dans la proportion de 5 à 20 p. 100 donne de bons résultats dans l'eczéma aigu, et aussi au début du traitement de l'eczéma chronique suintant et, en particulier, pour les eczémas variqueux.

On peut substituer à l'eau blanche la liqueur de Burow très dilué; celle-ci contient 7,5 à 8 p. 100 d'acétate d'alumine, il faut donc la considérer comme une liqueur mère dont 5 grammes représentent environ 0,40 d'acétate d'alumine. 5 grammes constituent une dose de début que l'on élèvera, s'il y a lieu, selon la tolérance des surfaces et les résultats obtenus. (Robin, *Traité de Thérapeutique appliquée*, 1897.)

Toutes ces solutions sont employées de la manière suivante : on en imprègne des compresses qui sont appliquées sur la peau et recouvertes de taffetas imperméable.

Considérations sur la pathogénie et le traitement des gangrènes diabétiques. M. Henri Decock (*Thèse de Paris*, 1901, n° 645).

Les diabétiques ont depuis longtemps cessé d'être des *noli me*

tangere, mais ils restent néanmoins plus exposés aux complications locales et générales.

La plupart des auteurs acceptent l'intervention, et les avis ne diffèrent plus guère que sur les circonstances et les degrés de celle-ci. Presque tous conseillent l'intervention précoce et haute : elle est considérée comme le seul moyen de sauver les malades.

Cependant, le traitement médical doit toujours précéder le traitement chirurgical, et M. Cautru le formule ainsi : bains et pansements aseptiques fréquemment renouvelés; et à l'intérieur, phosphate de soude 10 grammes, et acide phosphorique officinal porté progressivement de V à LX gouttes. Sous cette influence l'état général s'améliore et la glycosurie disparaît à jeun, aussi les modifications physiologiques amenées par le traitement médical doivent-elles être prises en considération.

En luttant contre la dénutrition on améliore les conditions vitales des tissus malades et l'hyperglycémie étant la principale cause du sphacèle des lambeaux, un traitement médical énergique améliore le pronostic de l'amputation et permet de la faire aussi conservatrice que possible.

Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence. M. Jacquot (*Thèse de Paris*, 1901, nº 478).

C'est en 1897 que ce nouveau traitement fut institué dans le service du Dr Brocq. Beaucoup de traitements certes ont déjà été préconisés contre le lupus érythémateux, il en est peu qui aient survécu.

Ce dernier présente sur les autres de réels avantages, car, en dehors de son efficacité, il faut tenir compte de sa simplicité d'application, de sa durée et, dans le cas particulier, du résultat plastique définitif.

Le mot lupus s'applique à deux dermatoses à caractères nettement tranchés.

Le lupus vulgaire, tuberculeux, dont l'auteur n'a pas à s'occuper ici, et le lupus érythémateux qui fait l'objet de ce travail.

Celui-ci présente deux formes cliniques distinctes qui sont justiciables des courants de haute fréquence appliqués directement sur les lésions. Ils ont une action réelle et très marquée sur cette affection. Ils paraissent être la méthode de choix pour le lupus érythémateux symétrique aberrant.

Ils sont moins efficaces contre le lupus érythémateux fixe, où les autres traitements conservent toute leur valeur.

Parmi leurs avantages, on doit noter : séances très courtes, douleur nulle, possibilité pour le malade de continuer ses occupations. Résultats plastiques excellents, absence d'accidents consécutifs.

Traitement de l'élément « douleur » de la portion sous-diaphragmatique de quelques affections d'origine nerveuse, par l'injection intra-rachidienne de chlorhydrate de cocaïne. M. Albert Houlié (*Thèse de Paris*, 1901, n° 614).

Nous savons, d'après des travaux récents et ceux de Tuffier en particulier, tout le parti qu'on peut tirer de la cocaïne lombaire. Elle appartient surtout à la chirurgie générale du segment inférieur du corps. Elle a maintenant une place plus en rapport avec ses services, c'est la cocaïne médicale analgésique, véritable spécifique de la douleur.

Deux procédés sont employés : le procédé épidural et le procédé sous-arachnoïdien sacro-lombaire, auquel l'auteur donne la préférence, le premier étant encore de date trop récente.

A la dose de 1 centigramme de cocaïne, on obtient une action plus efficace que par l'injection épidurale de 2 centigrammes.

Les accidents consécutifs dus à cette méthode ne seraient que passagers, et plus bruyants que graves. On peut les restreindre en recommandant aux malades de rester couchés et en ne dépassant pas 1 centigramme. Il faut aussi éviter de prendre quelque nourriture pendant plusieurs heures.

Cette médication n'est pas un moyen infaillible de guérir à coup sûr toutes les douleurs siégeant sur la portion sous-dia-

phragmatique, mais elle n'échoue complètement que dans des cas très rares.

Son emploi n'exclut celui d'aucun médicament usités communément contre la douleur.

Elle offre sur l'injection de morphine, l'avantage de ne pas être à la portée du malade, et de ne pas l'exposer aux risques de l'intoxication chronique.

De la péritonite tuberculeuse à pneumocoques chez l'adulte. M. GARRATIER (*Thèse de Paris*, 1901, n° 661).

De toutes les infections pneumococciques, la localisation péritonéale est cependant une des plus rares. Nous trouvons dans ce travail non pas un tableau clinique de cette maladie mais ses modalités.

Jusqu'ici cette forme de péritonite a été surtout décrite chez l'enfant, et sa prédilection a frappé surtout le sexe féminin.

La péritonite a pneumocoques est une manifestation rare de l'infection pneumococcique. Elle frappe les malades dans le cours ou le décours d'une pneumonie; souvent elle intervient en dehors d'elle. Elle évolue souvent avec d'autres localisations telles que : pleurésie, péricardite, méningite, gastrite, arthrite, thromboses artérielles. Tantôt elle débute isolément, elle existe alors à l'état de pureté.

C'est une infection d'origine sanguine, elle peut aussi se faire par les lymphatiques qui unissent la plèvre au péritoine; à travers le diaphragme, par les trompes ou les lymphatiques utérins; enfin par le tube digestif.

Le diagnostic est surtout à faire avec l'appendicite, la fièvre typhoïde, etc. Le pronostic est, en général, plus grave chez l'adulte que chez l'enfant.

La laparotomie est le traitement de choix; la thérapeutique, est commandée par les différentes localisations pneumococciques la conduite à tenir varie avec chaque modalité clinique.

L'hypochloruration et l'action des bromures dans l'épilepsie

(étude physiologique), par M. LAUFER (*Thèse de Paris*, 1901, n° 281).

M. Richet et M. Ed. Toulouse ont pensé qu'en privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorures, on devait le rendre plus sensible à l'action des bromures. De là cette méthode thérapeutique appelée métatrophique, et qui consiste à modifier la nutrition intime des cellules, en diminuant un des éléments de leur constitution normale, et en les rendant plus aptes à subir l'action d'un médicament.

Les premières applications de cette méthode ont démontré un accroissement de l'activité du bromure, sous l'influence de la diminution du sel alimentaire, en un mot de l'hypochloruration. Aussi, c'est dans le régime lacté que le bromure donne son maximum d'effet.

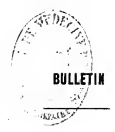
L'hypochloruration n'offre aucun danger, puisque la dose de 5 grammes de sel par jour est suffisante; laquelle est réalisée par l'absorption de trois litres de lait, chaque litre contenant 1 gr., de chlorure. On peut y ajouter une livre de pain ordinaire, contenant environ 2 gr. 50 de sel, de façon à obtenir une quantité de sel alimentaire proche de 5 grammes. L'hypochloruration entraîne un certain degré de rétention du bromure, qui se substitue en partie au chlorure de sodium des tissus. C'est ce qui explique l'activité accrue du bromure avec l'hypochloruration.

Chez les épileptiques, l'importance du régime est très grande, et la diététique ne doit pas être négligée.

Le sel chasse le brome de l'organisme et augmente son élimination; il faudra donc, si l'on passe du régime hypochloruré au régime salé ordinaire, augmenter au moins du double le bromure, puisque les 15 grammes de sel que contient en moyenne le régime alimentaire quotidien, chassent le double de bromure de l'organisme. Inversement, si on passe du régime salé à l'hypochloruration, il faudra diminuer de moitié au moins le bromure.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

Modifications proposées pour le prochain concours de médecin des hôpitaux. — Le centenaire de Bichat. — Un nouveau sérum antistaphylococcique. — Les empoisonnements par les crèmes. — Le venin du crapaud. — Institut de médecine coloniale.

La commission nommée par la Société médicale des hôpitaux à la suite du dernier concours de médecine, dont les irrégularités flagrantes ont donné lieu aux énergiques protestations qu'on connaît, a soumis à la critique de la Société les propositions préliminaires suivantes.

Il y aurait désormais deux concours : un concours d'admissibilité et un concours d'admission.

Le concours d'admissibilité serait jugé par dix juges et comprendrait trois épreuves : une épreuve écrite; une épreuve clinique; une leçon orale sur un sujet de pathologie interne ou de pathologie générale.

L'épreuve écrite porterait sur deux questions distinctes : une d'anatomie pathologique et une de symptomatologie ou de séméiologie. Pour la lecture des copies, le jury se diviserait en deux sections de cinq membres tirés au sort, l'une chargée d'entendre la question d'anatomie pathologique, l'autre la question de symptomatologie. Les deux autres épreuves seraient jugées par la totalité du jury. Après la dernière épreuve, on déclarerait admissibles douze candidats.

Le concours d'admission se composerait de neuf juges. Il ne

pourrait être donné plus de trois places par concours. Les épreuves seraient au nombre de deux : une épreuve écrite de consultation sur un malade; une leçon clinique.

La commission ne se prononce pas sur l'admissibilité définitive. Elle la déclare « excellente en principe ». Mais l'application lui en paraît si difficile qu'elle demande encore à réfléchir et à étudier.

Qu'on tâche d'en finir une bonne fois pour toutes avec les incidents scandaleux ; qu'on rende impossible les conciliabules et les ententes préalables ; qu'on assure enfin l'impartialité du concours !



On a récemment, sur l'initiative de la Société d'Histoire de la médecine, célébré le centenaire de Bichat. M. le professeur R. Blanchard, président, et M. Albert Prieur, secrétaire général, ont organisé le programme. De nombreux discours ont été prononcés tant sur la tombe de Bichat au Père-Lachaise, que devant le n° 14 de la rue Chanoinesse où il est mort, qu'à la Faculté de médecine.

Sans vouloir élever une voix discordante au milieu du concert d'éloges adressés au créateur de l'anatomie générale, il faut bien reconnaître que Bichat eut l'heureuse fortune de paraître au bon moment et de mourir jeune laissant augurer, de ce qu'il avait déjà fait, ce qu'il aurait pu produire. Il eut sans doute le rare mérite d'être un professeur brillant et un coordonateur habile des notions acquises, mais comme le fait remarquer le *Journal des Praticiens*, Bichat reprit surtout les recherches antérieures d'un homme éminemment supérieur, de Bordeu. C'est Bordeu qui s'est montré le précurseur, l'investigateur original. Ce sont les recherches sur le tissu muqueux de Bordeu qui ont inspiré l'anatomie générale de Bichat.



M. Doyen emploie un nouveau sérum antistaphylococcique dont il a récemment fait connaître à l'Académie de médecine les avantages thérapeutiques, sans toutefois suffisamment insister sur le procédé de sa préparation. C'est un liquide albumineux qui, injecté à la dose de 5 à 10 cc., agit avec une intensité telle qu'en deux ou trois heures les douleurs cessent et l'inflammation disparaît. Sa rapidité d'action est comparable à celle du sérum antidiphtérique. M. Doyen cite un grand nombre d'observations où l'on a obtenu des guérisons ou des modifications avantageuses par l'emploi de ce sérum dans le traitement des furoncles, des anthrax, des angines à staphylocoques, des broncho-pneumonies, de l'ostéomyélite commune et, en général, de toutes les infections où le staphylocoque existe seul ou prédomine sur d'autres microbes. Dans la diphtérie avec staphylococcie, les résultats ont été très bons.



Il y a quelque temps, un certain nombre d'empoisonnements ont été constatés à Bordeaux, à la suite d'ingestions de crèmes vendues par des pâtissiers. Si la cause de ces accidents n'a pu être nettement déterminée, du moins a-t-on appris que les consommateurs de ces préparations peuvent être exposés à des intoxications multiples et singulières. Sans parler des jaunes d'œufs utilisés provenant en grande partie des chais, où ils sont revendus après que les blancs ont servi au collage des vins et qui, maniés par des personnes n'ayant aucun souci de l'asepsie, ont fait dans ces chais, un stage plus ou moins long; un confrère des environs de Bordeaux, dit le *Journal de médecine de Bordeaux*, signalait qu'ayant prescrit à une de ses clientes, importante laitière de sa commune, des injections vaginales destinées à combattre une leucorrhée persistante, il avait surpris un matin sa malade utilisant, en guise de bidet, une des bassines où le soir elle versait le lait acheté à ses voisines.



Il existerait dans le venin du crapaud deux substances que MM. Phisalix et Bertrand viennent d'isoler et dont ils ont entretenu l'*Académie des sciences*. La première, la plus active, est celle dont l'action se porte spécialement sur le cœur qu'elle ralentit et arrête en systole. C'est une digitaline animale, et le nom de *bufotaline* qui lui a été donné rappelle cette action spécifique connue depuis longtemps. Elle est soluble dans l'alcool, dans le chloroforme, peu soluble dans l'eau. La seconde substance, mélangée dans le venin à la précédente, en diffère en ce qu'elle ne touche pas le cœur et frappe surtout le système nerveux. Elle produit chez la grenouille un affaiblissement progressif de l'appareil moteur qui aboutit à une paralysie complète. A ce moment le cœur bat encore chez les grenouilles curarisées. Cette substance est soluble dans l'alcool, insoluble dans le chloroforme et se dissout en toute proportion dans l'eau.



Grâce à l'attribution annuelle d'une somme de 30.000 francs, prélevée sur le budget de l'Indo-Chine, un Institut de médecine coloniale dont M. Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de médecine, a été nommé directeur, est créé et installé dans l'hôpital des Dames Françaises à Auteuil. M. Wurtz, professeur agrégé, est chargé du cours d'hygiène et d'épidémiologie.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique.

TRAITEMENT DU TABES PAR LES INJECTIONS MERCURIELLES

par le Dr Leredde,
Directeur de l'Établissement dermatologique de Paris.

Messieurs,

En prenant la parole devant vous, je tiens d'abord à remercier mon maître le Dr Albert Robin à la bonté duquel je dois de pouvoir aujourd'hui vous exposer, en quelques mots, une question qui me tient au cœur et à la solution de laquelle j'ai consacré mes efforts depuis cinq mois déjà (1).

Cette question, qui est d'une importance considérable, et dont la solution est une de celles qui importent le plus au point de vue de la thérapeutique, est celle des affections parasyphilitiques. Sous ce nom, qui est dû au professeur Fournier, on comprend les affections qui sont *d'origine*, mais ne sont pas *de nature* syphilitique.

En 1894, M. Fournier a étudié des accidents qui s'observent à la période secondaire de la syphilis, tels que l'hystérie ou la neurasthénie. Ces accidents n'ont rien de spécifique et

(1) Leredde, *Pathogénie des affections dites parasyphilitiques*, Soc. de Derm., février et avril 1902, et Congrès de médecine de Toulouse, avril 1902. *Guérison d'un cas de tabès par les injections de calomel*, Soc. de Derm., mars 1902. *Société de Médecine de Paris, in Progrès médical*, avril, juin 1902.

surviennent à la suite des infections ou des intoxications les plus diverses. On peut les considérer comme d'origine et non de nature syphilitique. Or, M. Fournier a cru devoir joindre à ces affections et sous le même nom des maladies telles que le tabès et la paralysie générale qui sont dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, d'origine syphilitique. Suivant M. Fournier, ces affections diffèrent des affections syphilitiques vraies, parce que leur nature, la structure de leurs lésions, n'est pas celle des lésions syphilitiques communes, parce qu'elles ne sont pas exclusives aux syphilitiques et enfin, point capital et qui a eu, on peut le craindre, les conséquences les plus néfastes, parce qu'elles seraient rebelles au traitement antisyphilitique.

Contrairement à M. Fournier, je crois, à l'heure actuelle, que le tabès, la paralysie générale, d'autres maladies encore du système nerveux sont d'origine et de nature syphilitique et guérissables par le traitement antisyphilitique quand il est bien fait et quand il est fait d'assez bonne heure. Je crois que le terme « parasyphilitique » doit disparaître ou ne plus être appliqué qu'à des affections comme l'hystérie qui peuvent relever de toutes autres causes que la syphilis et même dont la syphilis n'est qu'une cause exceptionnelle.

L'*origine* syphilitique de la paralysie générale a été affirmée par Kjelberg en 1863, l'origine syphilitique du tabès l'a été par M. Fournier en 1878 et 1882; ce sont aujourd'hui des faits acquis et je ne reviendrai pas devant vous sur une discussion à ce sujet, car les statistiques dues aux auteurs les plus divers et même à ceux qui étaient opposés, au début aux théories admettant l'origine syphilitique de ces maladies, sont venues démontrer la réalité de l'étiologie syphilitique. Mais quant à la *nature* syphilitique du tabès qui est le seul point que nous aborderons dans notre leçon

d'aujourd'hui, elle a été admise depuis longtemps déjà : le premier auteur qui l'a admise est M. Fournier lui-même ! En 1882, M. Fournier déclarait dans les termes les plus explicites, que le tabès est de *provenance* et de *nature* syphilitique et admettait l'effet utile, l'effet spécifique même, du traitement mercuriel sur le tabès (1). Pour lui, au point de vue de l'action du traitement antisyphilitique le tabès doit être divisé en trois groupes :

1° Le tabès ancien : le mercure ne peut guérir le tabès ancien, mais il peut en arrêter l'évolution et faire disparaître certains symptômes et, en particulier, les douleurs fulgurentes ; 2° dans le tabès récent, le traitement mercuriel peut arrêter l'évolution d'une manière passagère ou définitive, faire disparaître un grand nombre de symptômes ; enfin, 3° dans le tabès naissant l'action du traitement mercuriel est considérable, à tel point que le médecin qui soigne le malade ne saura pas, plus tard, s'il a eu affaire réellement à un cas de tabès. En particulier, M. Fournier déclare que les malades soignés par lui pour des accidents oculaires n'ont jamais présenté de tabès et il ajoute : « Vous savez cependant combien fréquemment les accidents oculaires marquent le début de cette maladie. »

Et cependant, en 1894, M. Fournier admettait que le traitement mercuriel n'a à peu près aucune action sur le tabès et en concluait à la nature non syphilitique de celui-ci. Il a donc soutenu sur le même point des idées exactement contraires, entre lesquelles nous avons le droit de choisir. Or, je crois que M. Fournier avait vu juste en 1882 et qu'il s'est trompé en 1894. Il est difficile de savoir pourquoi M. Fournier a changé d'opinion, car il ne nous l'a pas dit

(1) Fournier. *L'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Paris, 1882.

encore. Je crois que la raison est des plus simples, et se trouve dans un emploi insuffisant du traitement hydrargyrique.

Je parle maintenant en dermatologiste. Nous savons que le mercure a une action spécifique sur les lésions syphilitiques et qu'il ne guérit pas les autres. Nous avons le droit — car la pathologie d'un organe est gouvernée par les même lois fondamentales que la pathologie d'un autre — de croire que l'action du mercure est également spécifique au niveau des organes autres que la peau. — Cependant nous ne sommes pas en droit de dire que le mercure guérit toute lésion syphilitique de la peau. Cette formule est inexacte : il ne s'agit pas seulement de donner du mercure aux malades, encore faut-il savoir sous quelle forme et à quelles doses il faut le donner ! Or, il est, évident aujourd'hui, que certains accidents de la peau ne sont pas curables par le mercure à toutes les doses habituelles ni sous toutes ses formes. En particulier, certains accidents n'étaient curables, il y a peu de temps, que par le calomel à la dose hebdomadaire de 10 centigrammes. Par ces injections — dans des cas de lésions, de diagnostic ambigu, de la face ou d'autres régions du corps, — on voyait, en une ou deux semaines, des phénomènes de régression se produire, puis la guérison se faire, alors que par les autres modes de traitement mercuriel, habituellement employés, on n'obtenait aucun effet et que le diagnostic même ne pouvait être tranché.

Nous sommes bien en droit, aujourd'hui, de nous demander s'il n'existe pas, au niveau du système nerveux, des accidents rebelles au traitement mercuriel tel qu'il a été fait d'une manière classique et si ces accidents ne peuvent pas guérir par le traitement mercuriel mieux fait. C'est là, je pense, qu'est la solution du problème des affections dites

parasyphilitiques. Le tabès et la paralysie générale ne sont pas curables par le traitement mercuriel, tel qu'on le faisait en 1894, ils le sont peut-être par le traitement tel que nous pouvons le faire aujourd'hui.

Des faits confirmatifs existent déjà de tous côtés et en nombre tel qu'il est impossible de les révoquer en doute. Je pourrais montrer que tous les cas où on a observé une action considérable du traitement mercuriel chez les tabétiques sont des cas dans lesquels le traitement mercuriel a été fait à doses suffisantes et que l'action du mercure est — toutes choses égales d'ailleurs — proportionnelle à l'intensité du traitement mercuriel.

Examinons maintenant le malade que voici : c'est un homme d'une quarantaine d'années qui a eu la syphilis en 1894. Il a eu un chancre et la roséole, quelques plaques muqueuses. Il ne s'est pas soigné. Jusqu'en 1900 il n'a présenté aucun accident important. En 1900 sont apparus des troubles de la marche et peu à peu les symptômes du tabès se sont ajoutés les uns aux autres, de telle sorte qu'aujourd'hui le malade présente un tableau complet de cette affection. Lorsque nous l'examinons, nous voyons qu'il offre le signe d'Argyll-Robertson, sans autre accident oculaire du reste, le signe de Westphal, enfin le signe de Romberg. L'ataxie motrice est extrêmement marquée au niveau des membres inférieurs. Ce malade marche mal, il ne suit pas une ligne droite, il vacille et, quand on lui fait fermer les yeux, la marche devient impossible; il lui est impossible de se tenir sur un pied et de tourner au commandement. L'ataxie s'étend même aux membres supérieurs. L'écriture est troublée depuis près de deux ans; lorsqu'on fait fermer les yeux du malade et qu'on lui demande de porter un doigt sur un point déterminé de la figure, il ne

l'atteint presque jamais directement : la notion de position lui est donc devenue tout à fait étrangère. Ajoutons les troubles de la vessie : dans la miction le malade est forcé de pousser avant de vider la vessie et vous aurez un tableau complet d'un tabès. Il ne s'agit ni d'un pseudo-tabès, ni d'un tabès fruste. Dernier point : le malade présente depuis le début des douleurs en éclairs au niveau des membres inférieurs et des douleurs intestinales fréquentes qui le troublent d'une manière considérable.

Je n'insisterai pas davantage sur l'observation de ce tabétique, mais j'insisterai sur les résultats du traitement qu'il a suivi. Je me hâte de dire que ce n'est pas un malade de démonstration, qu'il s'agit d'un homme atteint d'ataxie confirmée depuis deux ans, chez lequel les lésions syphilitiques de la moelle ont certainement entraîné des lésions secondaires irréparables et qu'il rentre exactement dans le cas du tabès ancien dont parlait M. Fournier. Nous ne pouvons, chez lui, reconstituer les fibres nerveuses détruites et rétablir la circulation dans les vaisseaux sanguins oblitérés.

A son entrée à l'hôpital le malade a été soumis à un traitement mercuriel intensif sous forme d'injections de benzoate de mercure quotidiennes à 5 centigrammes. Pendant quelques jours on dût arrêter le traitement à cause d'accidents dentaires; cependant on peut dire que pendant deux mois, presque sans interruption, notre patient a été soumis à un traitement qui est un traitement extrêmement intensif. En effet, le benzoate de mercure contient 45 p. 100 de mercure et le malade absorbait donc, chaque jour, près de 2 centigrammes et demi de mercure. Or, les doses maximum de mercure qui peuvent être injectées chaque jour ne me paraissent pas dépasser de beaucoup 3 centigrammes.

Quel a été le résultat du traitement chez ce malade?

Aucune modification de l'ataxie ne s'est produite. Cependant il déclare de lui-même qu'il présente plus nettement la sensation du sol qu'il avait perdue et qu'il sait sur quoi il marche. Mais à partir du moment où le traitement mercuriel a été fait, *les douleurs qui existaient d'une manière continue jusque-là, ont diminué peu à peu puis ont complètement disparu.*

Depuis que le malade a cessé le traitement — c'est-à-dire depuis deux mois — *aucune douleur nouvelle n'est survenue.* C'est là, comme vous le voyez, une confirmation de ce que M. Fournier annonçait en 1882 relativement au tabès ancien. C'est là un résultat considérable chez ce malade d'abord qui était troublé par ces douleurs, mais il existe des ataxiques chez lesquels les douleurs ont un caractère atroce et sont un symptôme réellement terrible. Or la curabilité du symptôme ne dépend pas de son intensité et vous devez savoir que chez ces malades le mercure guérira les phénomènes douloureux. Je parle au moins des phénomènes douloureux du côté des membres, car il est possible que ceux qui existent du côté du sympathique soient plus difficilement modifiés ou modifiés d'une manière plus inconstante.

Il est probable que, chez ce malade, en reprenant un traitement semblable à celui qu'il a suivi à plusieurs reprises, on obtiendra un autre résultat non moins important, celui d'arrêter l'évolution progressive du tabès. Le tabès, en effet, dans ses formes normales, tend à s'aggraver, et rien ne nous autorise à croire que, chez notre malade, il se soit agi d'un tabès susceptible de s'arrêter de lui-même au moment précis où on a commencé le traitement hydrargyrique. C'est là encore un résultat considérable qui pourra être obtenu par le traitement, mais pour juger de sa réalité, nous

devons bien entendu attendre pendant plusieurs mois, sinon davantage.

Je terminerai là cet exposé de la question. J'aurais pu vous parler d'un certain nombre de détails concernant la technique du traitement mercuriel à laquelle j'ajoute une importance considérable, mais ce serait sortir de notre sujet et dépasser les limites que je me suis assignées. Je vous dirai seulement que je n'attache aucune importance à la nature du sel injecté, mais seulement à la quantité de mercure qu'il permet d'introduire dans l'organisme : elle doit, dans les affections dites parasyphilitiques, être le maximum compatible avec la résistance du malade à l'intoxication. J'ajoute que le traitement doit toujours être fait par injections *la seule forme sous laquelle nous pouvons savoir ce que nous introduisons de mercure dans l'organisme* (1).

Je n'ai pas encore de faits assez nombreux par devers moi pour donner la démonstration complète des idées que je soutiens sur cette question, complète au point de rallier les auteurs qui ont pris position et qui ont soutenu des idées inverses; mais, dans l'état actuel des choses, comme nous n'avons aucun moyen de guérir le tabès et cette maladie encore plus terrible qui s'appelle la paralysie générale, les opinions qui tendent à en admettre la curabilité doivent être accueillies avec bienveillance : elles nous donnent un espoir de pouvoir agir et de pouvoir guérir dans des maladies auxquelles, jusqu'ici, la thérapeutique ne pouvait que donner un soulagement, sans amener la guérison. Entre deux hypothèses, celle de la nature non syphi-

(1) Leredde. *Progrès à réaliser dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis*. *Sem. médicale*, 23 avril 1902 et *Revue pratique des maladies cutanées*, avril-juillet 1902.

litique et celle de la nature syphilitique, nous devons choisir, jusqu'à plus ample informé, la seconde, *parce que c'est la seule qui puisse, à l'heure actuelle, être féconde en résultats et conduire à un progrès.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

État actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1),

par les Drs Picou et Bolognesi,
Anciens internes des Hôpitaux de Paris.

(*Suite.*)

Chapitre VI. — Procédés d'intervention « a froid »

XXXI. — L'intervention à froid étant décidée, quelles sont les *principales conditions dans lesquelles cette opération devra être pratiquée*? D'abord le malade, au moment de l'intervention, ne devra être atteint d'aucune affection aiguë ou subaiguë. En second lieu, il faudra être sûr de pouvoir réaliser une asepsie opératoire aussi parfaite que possible; dans ce but, on préparera le patient en le soumettant au traitement antiseptique intestinal, traitement qui consiste à administrer au malade deux fois par semaine, et quinze jours environ avant l'opération, un léger purgatif salin, puis à le mettre au régime lacté en lui faisant prendre

(1) Voir les nos du 23 et 30 août et 8, 15 et 23 septembre 1902.

chaque jour trois cachets de salol ou de benzonaphtol de 0 gr. 50 à 1 gramme chacun. Le jour de l'intervention arrivé, après anesthésie générale du sujet, nettoyage antiseptique de la peau de son ventre et cathétérisme destiné à vider sa vessie, on procédera à l'opération qui comprend quatre temps principaux : 1° incision de la paroi abdominale; 2° recherche de l'appendice et libération des adhérences; 3° résection de l'appendice; 4° restauration de la paroi abdominale.

Pour l'*incision*, les avis sont très partagés : d'aucuns aiment mieux celle de Roux; ou bien celle pratiquée pour la ligature de l'artère iliaque externe, laquelle se rapproche le plus de la précédente; d'autres donnent la préférence à celle de Max Schüller, et chacun donne comme raison principale de son choix la fréquence plus grande des éventrations dans l'un comme dans l'autre cas. Nous ne reviendrons pas sur l'incision de Roux, ni sur celle de Mac Burney, intermédiaire en quelque sorte à toutes les autres : celle de Roux, comme celle de Mac Burney, nous est déjà suffisamment connue. Nous nous étendrons davantage sur l'incision de Max Schüller qui, dans l'appendicite à froid, paraît jouir de la plus grande faveur. C'est d'ailleurs celle qu'a adoptée Jalaguier qui la décrit de la façon suivante (*Presse médicale*, 3 février 1897) : « Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'ombilic, je fais une incision de 8 à 10 centimètres parallèle au bord externe du muscle droit; le tiers supérieur de cette incision est au-dessus de la ligne ilio-ombilicale, les deux tiers inférieurs sont au-dessous. J'arrive directement sur l'aponévrose du grand oblique, qui est fendue de haut en bas dans toute la longueur de la plaie. Les deux lèvres de l'incision aponévrotique sont saisies avec des pinces à pression et la lèvre

interne est réclinée en dedans pour découvrir la partie externe de la face antérieure du grand droit enfermé dans sa gaine. Le bord externe du muscle est facile à reconnaître à la vue et au toucher.

« J'incise la gaine dans toute la longueur de la plaie, à 1 centimètre et demi environ en dedans du bord externe. Les deux lèvres de cette incision sont prises avec des pinces et la lèvre externe est disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord externe du muscle. Cette dissection est des plus faciles, la gaine n'adhérant qu'à une intersection fibreuse qui se trouve vers le tiers supérieur de la plaie, mais qui n'est pas constante.

« Le bord externe du muscle est dégagé avec la sonde cannelée et refoulé en dedans : deux écarteurs le maintiennent et la paroi postérieure de la gaine du grand droit se trouve largement découverte. On voit une artériole, une veinule et un filet nerveux traversant obliquement le champ opératoire à sa partie moyenne.

« Le feuillet postérieur de la gaine (fascia transversalis) est incisé à son tour à 1 centimètre et demi environ en dedans du sommet de l'angle dièdre formé par sa réunion avec le feuillet antérieur. Cette incision doit être très prudente, car, à ce niveau, le fascia transversalis est directement appliqué sur le péritoine, sans la moindre interposition de tissu graisseux. La gaine et le péritoine sont fendus sur la même ligne, dans l'étendue nécessaire, et les bords de l'ouverture sont fixés avec des pinces. Il faut veiller à ne pas blesser les vaisseaux épigastriques qui passent à une petite distance de l'extrémité inférieure de l'incision : on les aperçoit par transparence, montant obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, entre le fascia transversalis et le péritoine. »

Le procédé opératoire dont nous venons d'emprunter la description à Jalaguier doit, à notre avis, être le procédé de choix, parce qu'il donne plus de jour, qu'il épargne davantage les divers plans musculaires de la paroi, et que la plaie est plus facile à suturer. Il est pourtant des cas où la laparotomie médiane devra lui être préférée, par exemple lorsqu'il y a coexistence, avec l'appendicite, de lésions utéro-annexielles, ou bien encore quand il existe des raisons pour soupçonner la présence de l'appendice près de la ligne médiane, comme dans une observation de Schwartz rapportée à la *Société de chirurgie*, le 25 juillet 1894. La laparotomie médiane se trouve encore indiquée, quand il s'agit d'opérer une de ces formes chroniques d'emblée qui se compliquent de lésions à distance, surtout lorsque le grand épiploon participe au processus inflammatoire chronique déterminant, dans un grand nombre de cas, des coudures ou des déviations par brides de l'intestin grêle et même de l'estomac.

XXXII. — La *recherche de l'appendice* n'est pas toujours des plus aisées. En effet, cet organe est le plus souvent enfoui au milieu d'adhérences qui le masquent complètement, ou bien il peut être intimement accolé au cæcum, ou bien encore être rendu méconnaissable par suite des altérations profondes subies antérieurement et qui le transforment tantôt en kyste, tantôt en un cordon fibreux plus ou moins atrophié : dans quelques cas même détruit par la gangrène, il peut avoir complètement disparu ou s'être confondu avec un organe voisin, cet organe pouvant être l'iléon, ou encore, plus fréquemment, les annexes de l'utérus. En 1901 (*Soc. de chirurgie*, séance du 15 janvier), Lucas-Championnière a rapporté un cas dans lequel l'appendice très adhérent à la corne utérine droite, intimement fusionné, pour ainsi dire,

avec elle, ne put en être séparé que par la section, suivie de suture, de l'angle droit de l'utérus. Segond (*eodem loc.*) rapporte également un fait d'adhérence intime de l'appendice au moignon d'annexes précédemment extirpées. A propos des deux communications précédentes, Routier (*eodem loc.*) fait observer que toutes les fois qu'on pratique une laparotomie pour salpingite, il ne faut jamais manquer de chercher l'appendice, de vérifier son état, et, pour si peu qu'il paraisse malade, de l'enlever. Comme l'appendice peut parfois adhérer aux annexes, il faut, bien entendu, en enlevant celles-ci, se garder de lier cet organe avec le pédicule.

Il existe enfin des faits exceptionnels dans lesquels on a observé une amputation spontanée de l'appendice avec greffe péritonéale du segment amputé : Lefort (de Lille) a communiqué à la *Société de Chirurgie* (séance du 13 novembre 1901) une observation de ce genre, dans laquelle une occlusion intestinale par bride péritonéale, survenue un demi-siècle environ après la crise d'appendicite aiguë, avait nécessité une laparotomie qui fut suivie de mort. Les faits que nous venons de signaler montrent jusqu'à quel point il faut être parfois perspicace dans la recherche de l'appendice au cours d'une intervention à froid. C'est dans le but de faciliter cette recherche que Poirier a imaginé son procédé opératoire dit *à posteriori* dont nous avons déjà rapporté la description. En général, cependant l'incision de Max Schüller ou celle de Jalaguier conduit directement sur le cæcum et, par suite, sur l'appendice.

Dans les cas où l'appendice est difficile à trouver, ou bien lorsqu'il adhère dans la profondeur, on fera bien de se donner du jour en prolongeant l'incision par en bas ; celle-ci devra descendre alors en obliquant en dehors de la gaine du muscle droit, pour éviter la blessure des vaisseaux épi-

gastriques (Jalaguier); d'ailleurs aurait-on à lier ces vaisseaux au cours de l'opération, comme cela est arrivé à Jalaguier, qu'il n'en résulterait aucun inconvénient.

Lorsque la recherche de l'appendice est difficile, Elliot recommande, pour arriver jusqu'à lui, de suivre la bandelette longitudinale antérieure du cæcum, généralement commode à apercevoir lorsqu'on a suffisamment ouvert l'abdomen. A défaut, de cette bandelette, on pourrait s'orienter, en se guidant sur l'une quelconque des trois bandelettes longitudinales, qui, comme on sait, aboutissent toutes à la base de l'appendice. Chemin faisant, on détruira les adhérences(1) en protégeant par des compresses stérilisées le reste de la grande cavité péritonéale afin d'en prévenir l'infection par le pus ou autres produits pathologiques qui pourraient provenir de foyers insuffisamment stérilisés.

Ces adhérences sont parfois tellement intimes à la fosse iliaque, l'épaississement fibreux de l'intestin est tel, que, malgré les recherches les plus longues et les plus laborieuses, on n'arrive pas toujours à trouver l'appendice : dans ce cas, il vaut mieux ne pas insister; car en voulant isoler et extirper quand même cet organe, on s'exposerait à déchirer l'intestin ou le cæcum (cas de Quénu; cas de Terrier dans lequel l'appendice se présentait comme une bride se dirigeant du cæcum à l'utérus, qu'elle réunissait encore à une anse intestinale : en essayant le décollement, une large brèche fut faite à l'intestin ; cas de Gérard-Marchant où le cæcum fut déchiré. *Soc. de chir.*, 24 juillet 1895), ou même de gros

(1) Byron Robinson (*Ann. of Surgery*, 1901) trouve que les adhérences existent le plus souvent lorsque l'appendice est en rapport avec le psoas dont les contractions produiraient sur l'organe malade, rempli de microbes virulents, une sorte de traumatisme musculaire dont la répétition engendrerait la production de ces adhérences.

vaisseaux comme Delorme en a rapporté un cas qui fut suivi de mort rapide (*Soc. de chir.*, 1893); ou bien encore, en prolongeant inutilement l'opération, on pourrait exposer le malade au choc opératoire (cas de Delorme, *Soc. de chir.*, 22 novembre 1893). D'autre part, en manipulant trop les adhérences, on expose le veines de la région, souvent thrombosées, à des tiraillements inutiles sinon même dangereux pour le malade; c'est en effet à des manœuvres de cette sorte que Sonnenburg, (*XXXI*e *Congrès de chirurg. allemand*, 5 avril 1902) attribue les complications pulmonaires postopératoires de l'appendicite, complications mises par l'auteur précédent sur le compte de petites embolies pulmonaires ayant leur point de départ dans les veines thrombosées du champ opératoire.

On voit d'ailleurs, dans ces cas où l'on a dû abandonner l'appendice, le malade guérir presque toujours; car, sous l'influence du processus fibreux envahissant, cet organe ne doit pas tarder à subir une atrophie complète qui vaut bien, comme résultat définitif, l'œuvre du chirurgien. Un autre écueil à éviter, c'est de confondre l'appendice avec l'uretère droit dilaté; cet accident est arrivé à Treves (cité par Legueu, *l'Appendicite*,[1] Paris, Masson, 1897, p. 38), et il arrivera encore à bon nombre de chirurgiens qui, ne pouvant parvenir à trouver l'appendice perdu dans de solides adhérences, voudront s'obstiner quand même à le découvrir.

Heureusement les cas dans lesquels on ne parvient pas à trouver l'appendice, et où l'on doit par suite l'abandonner à son sort dans l'abdomen, sont exceptionnels. La plupart du temps on arrive aisément sur cet organe, soit directement lorsqu'il est libre, soit après destruction des quelques adhérences qui pouvaient plus ou moins le masquer; celles-ci seront décollées doucement avec les doigts, si pos-

sible ; sinon on aura recours aux ciseaux en suivant l'appendice toujours de très près, en procédant, autant que possible, de l'extrémité vers la base qu'on devra bien dégager jusqu'à son insertion cæcale, pour que la ligature qu'on fera plus tard ne porte pas à plus d'un centimètre d'elle. Deux cas alors peuvent se présenter : dans le premier cas, l'appendice était entouré de pus ; après l'avoir lié à sa base avec de la soie et du catgut, puis après avoir lié son méso avec l'artère appendiculaire, enfin après avoir sectionné au thermocautère, à 1 centimètre environ des ligatures, l'organe altéré, on terminera l'opération en drainant la plaie. Dans le second cas, et c'est de beaucoup le plus fréquent, il n'y a pas de suppuration : après avoir enlevé l'appendice en obturant avec le plus grand soin sa cavité, pour ne pas exposer le péritoine à être secondairement infecté, on fermera complètement la paroi abdominale en suturant ses divers plans, sans établir de drainage.

XXXIII. — *L'extirpation de l'appendice* et la façon dont on se comporte à son endroit constitue l'un des temps les plus importants de l'opération. Les divers procédés employés pour l'exécution de ce temps opératoire sont assez nombreux. Nous en empruntons la description détaillée à la thèse de doctorat de Boutes (Paris, 1899).

D'abord quelques opérateurs (Routier, Ricard) lient l'appendice aussi près que possible du cæcum ; ils lient également son méso au catgut, sectionnant ensuite les deux (appendice et méso) au thermocautère avec lequel ils détruisent encore ce qui reste de la cavité muqueuse, avant de rentrer le tout. Ce procédé a l'avantage d'être simple, facile et rapide. Malheureusement il n'est à la portée que de quelques chirurgiens habiles ; car, si la ligature laisse tant soit peu à désirer, on pourra la voir céder facilement et l'on

assistera alors à l'éclosion d'une péritonite des plus graves provoquée par l'issue intrapéritonéale des matières contenues dans le cæcum. « La simple ligature, dit Roux, est une faute du chirurgien. »

C'est pourquoi certains opérateurs, non moins habiles que les précédents mais plus prudents, ont recours au procédé dit *à capuchon* ou à manchette préconisé par Mikulicz, par Brieger (*Archiv fur Klin. chirurg.*, 1893), Quénu (*Presse médicale*, 1894), Pollosson, Fowler (*Ann. of Surgery*, 1894). D'autres chirurgiens ajoutent à cela l'enfouissement dans le mésentère ou dans les parois du cæcum. Quénu décrit ainsi son procédé : « A 2 centimètres de l'implantation sur le cæcum, on décrit sur l'appendice une incision circulaire comprenant la séreuse et la couche musculaire; on décolle et on retrousse une petite manchette qui nous conduit jusqu'au cæcum; là on jette sur le cylindre appendiculaire, réduit à la muqueuse et à quelques fibres musculaires, une ligature à la soie et, après avoir réséqué au thermocautère, on thermocautérise le moignon que la petite manchette séro-musculaire vient d'elle-même recouvrir : on ferme cette manchette par deux ou trois points de suture. Par-dessus cette fermeture, on commence, à partir du cæcum, un surjet séro-séreux qui enfouit l'insertion appendiculaire et se continue sur le mésentère quand il y a en a un. Je préfère ce mode de fermeture du méso-appendice, qui affronte deux feuillets péritonéaux à la conduite qui consiste à étrangler le pédicule appendiculaire en masse, avec deux ou trois fils en chaîne. Il ne reste plus pour terminer qu'à fermer plan par plan la paroi abdominale. » (Quénu.)

« Tuffier et Schwartz opèrent à peu près de même. — Tuffier, après avoir isolé l'appendice, le lie à la soie à sa base, le résèque et détruit au thermocautère la muqueuse

déjà écrasée par un clamp ordinaire, puis il enfouit le tout sous une suture de Lembert à la soie fine, suture qui prend et plisse les deux bords du cæcum. — Schwartz taille un petit manchon péritonéal qui lui sert, une fois, l'appendice sectionné au ras du cæcum au thermocautère, après ligature au catgut, à recouvrir l'embouchure de l'organe qu'il enfouit encore par deux ou trois points dans la paroi du gros intestin. » (Boutes, *loc. cit.*) Sonnenburg Jalaguier, etc., opèrent de même. « En 1895, Drawbarn (*Medical Record*, New-York, t. XLIII, p. 289-294) a décrit un procédé qui consiste à invaginer dans le cæcum le moignon de l'appendice, après que celui-ci a été réséqué. Voici les temps de cette opération d'après Drawbarn lui-même :

1° Suture de Lembert circulaire à la soie, à travers les couches superficielles du cæcum, autour de la base de l'appendice, dont elle reste distante de 8 millimètres environ; cette suture en cordon de bourse ne sera serrée qu'à la fin du quatrième temps. — 2° Résection de l'appendice à 12 ou 15 millimètres de son point d'implantation. — 3° Dilatation, par l'introduction d'une pince dont on écarte doucement les branches, de la cavité du moignon appendiculaire resté implanté sur le cæcum, dans le but d'élargir les rétrécissements de cette cavité pour faciliter le quatrième temps. — 4° Retournement dans l'intérieur du cæcum du moignon appendiculaire, au moyen d'une pince qui, saisissant son extrémité libre, le refoule rapidement dans la cavité de l'intestin. L'appendice étant ainsi retourné dans le cæcum, à la manière d'un doigt de gant, on retire la pince en serrant la suture préparée dès le début autour de la base de l'appendice. Quelques chirurgiens retournent, sans l'ouvrir, l'appendice dans le cæcum.

Quelquefois ce temps est difficile ; il peut être utile de placer un guide ou une sonde entre les dents de la pince, avant de retirer cette dernière, pour empêcher l'appendice de revenir à l'extérieur avec la pince. » Ce procédé a l'avantage de ne laisser dans la cavité péritonéale aucun moignon d'appendice pouvant secondairement l'infecter. Dans le but d'éviter cette infection, Jalaguier enfouit le moignon avec suture cæcale, procédé qui donne une sécurité beaucoup plus grande que celui de Parker-Syms dans lequel, après avoir réséqué toute la base d'implantation de l'appendice, on fait une suture purement cæcale.

Mais aucun de ces divers procédés ne met complètement à l'abri du suintement séro-sanguinolent qui s'observe parfois au niveau des sutures, et ne demande qu'à se transformer en foyer purulent ; c'est la crainte d'une pareille complication, qui a décidé le prof. Poncet (de Lyon) à drainer toujours dans les interventions à froid, et déterminé Isch-Wall (*Bull. Associat. française de chirurgie*, 1897, t. XI, p. 139-141) et Thierry (*Congrès intern. de chirurgie générale*, Paris, 1900, p. 660) à inventer leur procédé d'*exoprophysectomie*. Voici en quoi consiste ce procédé tel qu'il est exécuté par Thierry :

« L'appendice trouvé et libéré de ses adhérences, l'auteur que nous venons de citer lie à la soie le méso-appendice qu'il sectionne ensuite au thermocautère. L'appendice étant maintenant libre, il jette sur sa base à 1 centimètre de son point d'implantation sur le cæcum une ligature à la soie et dont les deux chefs pris par une pince sont confiés à l'aide, celui-ci ayant pour mission d'attirer l'appendice au dehors. — Le reste de l'opération se fera maintenant en dehors de la cavité péritonéale. — On ferme tout de suite par un seul plan de suture qui comprend : aponévrose, muscle, fascia

et péritoine. — L'occlusion est faite et l'appendice seul est en dehors de la cavité, attiré qu'il est toujours par l'aide. — Dans les cas où il y a une collection ou péritonite, on ne suture pas complètement, on laisse une petite ouverture pour permettre le passage d'un drain ou d'une mèche de gaze qui remplira le même but. — Considérant alors l'appendice comme s'il avait quatre faces, on le fixe à la paroi nouvellement formée par quatre points de suture. Les fils qui ont servi à l'amener au dehors n'étant plus utiles, on les sectionne. Au-dessus de la ligature primitive dont ils étaient les chefs, on résèque l'appendice au thermocautère et l'intérieur du moignon est cautérisé à son tour; enfin on forme le capuchon.

« Il ne reste plus qu'à suturer la peau : avant de procéder à ce temps, on a soin de mettre un plan de gaze pour que le drainage soit assuré entre le plan musculaire et le plan cutané. » (Boutes.) Il s'agit donc, comme on le voit, d'une véritable « pexie » intrapariétale du moignon. Pour la pratiquer sans difficulté, il faut donner la préférence à l'incision de Roux. Le procédé dont nous venons de rapporter la description, en fixant à la paroi le moignon appendiculaire, expose secondairement le malade à des tiraillements douloureux; enfin, il ne le met pas complètement à l'abri des fistules stercorales. Aussi pensons-nous avec Ferron (*Th. doct.* de Paris, 1900) que « tous les procédés de « pexie » de l'appendice sont à rejeter ».

Dans les cas où, par suite d'adhérences au premier abord inextricables et d'une dissection dangereuse, on expose le malade : 1° à la lésion d'organes voisins (annexes, s'il y a des adhérences dans le petit bassin, gros vaisseaux, intestin s'il s'agit de coalescences appendiculo-intestinales); 2° à l'ouverture, dans la cavité péritonéale, d'abcès péri-appen-

diculaires (rappelons en passant que, dans des cas semblables, certains auteurs, au lieu d'inciser la collection, mettent à son contact un tampon de gaze préparant le trajet par lequel le pus s'évacue impunément); 3° à l'impossibilité probable d'enlever l'appendice malgré tous les efforts; dans ces cas, disons-nous, on pourra recourir à l'*appendicectomie sous-séreuse* du professeur Poncet (de Lyon), procédé qui permet d'enlever sans danger un appendice difficile à désinsérer (Poncin, *Th. doct.*, Lyon, 1901). Cette opération est fondée sur la facilité avec laquelle on arrive généralement à décortiquer l'appendice de sa capsule séreuse, même dans les cas où cet organe se trouve depuis longtemps chroniquement enflammé (Vignard, *Th. doct.*, Lyon, 1900). Elle n'est donc qu'une sorte de décortication de cet organe analogue à tous les procédés sous-capsulaires en général, et notamment à l'énucléation des goitres. On enlève, dit Poncet, l'appendice à sa gaine « comme on tire le sabre du fourreau ». L'appendicectomie sous-séreuse n'est, dans la majorité des cas, qu'un procédé de nécessité; mais dans les cas ordinaires de résection à froid, il réalise un type d'intervention pour ainsi dire idéale (Poncin). Cette appendicectomie peut être totale ou partielle, suivant qu'il est possible ou non de décapsuler l'appendice dans sa totalité.

Voici comment l'on pratique l'appendicectomie sous-séreuse totale : après avoir reconnu la base de l'appendice, sur laquelle on arrive en général assez facilement en suivant la bandelette postéro-interne du cæcum, dans le prolongement de laquelle se trouve précisément l'appendice (Vignard), « on fait à un centimètre et demi environ au-dessus de la base, une incision circulaire qui n'intéresse que la séreuse. Cette incision faite, on décolle la séreuse en la retroussant et l'on met ainsi à nu l'appendice. A ce moment

de l'opération on place un fil à la base de la portion du processus qui a été décortiquée, et on sectionne l'organe. Il reste un capuchon séreux que l'on rabat sur le moignon et dont on adosse les lèvres par des points séro-séreux. Nous n'avons pas parlé du méso. Il est bien entendu qu'ici, comme ailleurs, il faut le pincer et le lier, s'il en est besoin, de façon à éviter une hémorragie.

L'appendicectomie sous-séreuse peut parfois offrir certaines difficultés dans les cas d'opération à chaud, et lorsqu'on l'emploie comme procédé de nécessité. Elles ne tiennent pas à l'adhérence de l'organe, à sa capsule, comme on pourrait s'y attendre. Elles tiennent bien plutôt à la fragilité de l'appendice dont les parois malades peuvent présenter des points d'ischémie ou de gangrène qui favorisent sa rupture au moment de dégainer l'organe. Dans ces cas, au lieu d'enlever l'appendice d'un seul coup, on arrachera une partie seulement de l'organe, en quelque sorte décapité par le processus ulcéreux ou gangréneux. On pourrait à la rigueur nettoyer le trajet en y passant une curette, puis cautériser et drainer même. Mais nous croyons plus prudent de s'abstenir, sauf dans les cas où l'aseptisation du trajet pourra être faite sans aucun danger.

Un autre cas peut se présenter. C'est celui dans lequel l'appendice perforé à son extrémité libre, reste, sur son trajet, entouré d'une capsule plus ou moins épaisse, mais se vide, par son bout inférieur, dans une poche néoformée constituée par des adhérences de défense. Ici, pas de contre-indication à l'appendicectomie sous-séreuse; seulement, une fois l'appendice décortiqué, on pourra ouvrir la poche infectée, la vider, l'aseptiser et drainer pour plus de sûreté. (Poncin, *Th. de doct.*, Lyon, 1901, p. 47 et 48.)

Dans les cas où il est difficile de libérer l'appendice au

niveau de sa base au cæcum, et où, en voulant tenter quand même cette libération, on s'exposerait à déchirer la paroi cæcale, il vaut mieux laisser en place un moignon appendiculaire qui, du reste, pourra ultérieurement s'atrophier au milieu de ces adhérences, en pratiquant une appendicectomie sous-séreuse partielle. « Un bon procédé consiste alors à faire une incision circulaire des tuniques de l'appendice mais n'intéressant pas le revêtement séreux, et cela au ras de la zone limite de la décorticabilité. Il devient alors facile d'énucléer en quelque sorte de cette gangue d'adhérences toute la base de l'appendice qui s'étire facilement par traction et refoulement du revêtement péritonéal par des pointes de ciseaux fermés. Le revêtement séreux devient ultérieurement même un bon moyen d'enfouissement de la ligature appendiculaire et forme une protection efficace pour la cavité péritonéale. Quand la décortication doit être faite sur une grande longueur, on peut brancher une incision verticale sur l'incision circulaire. » (Poncin, *loc. cit.*, p. 50.)

Dans un cas, Goullioud (de Lyon), cité par Poncin, se trouvant en présence d'un appendice volumineux très adhérent au cæcum, et ne pouvant songer à l'enlever avec son péritoine, le décortiqua de sa gaine en partant d'un petit orifice produit spontanément près de la pointe. Le décollement fut poursuivi aussi loin que possible et l'appendice, sectionné au ras de la zone de décorticabilité. La partie restante du processus vermiforme, confondue avec une zone d'induration suspecte se prolongeant sur le gros intestin fut enlevée de la façon suivante : une pince fut placée à la base de l'appendice empiétant sur le cæcum, on sectionna au-dessus, puis on obtura par trois plans de sutures l'orifice cupulaire créé sur le gros intestin. Le malade guérit définitivement.

XXXIV. — Nous venons de passer en revue les principaux moyens de résection de l'appendice. Cet organe une fois enlevé, il reste encore à *fermer l'abdomen*, avec ou sans drainage, selon l'état dans lequel on aura trouvé l'appendice avec ses parties adjacentes ou selon les divers incidents survenus au cours de l'opération. Quelques opérateurs, et parmi eux, Ricard, Thierry, se contentent d'un seul plan de sutures profondes comprenant tous les plans de la paroi abdominale; ils terminent par quelques sutures superficielles de téguments. En procédant ainsi, Ricard (*Soc. de Chirurgie*, 1899, 11 janvier, p. 20) dit n'avoir jamais observé d'éventration; et, en effet, dans ce procédé qui a l'avantage d'être rapide, on évitera toujours celles-ci en ayant soin de bien repérer les divers plans qui constituent la paroi.

Toutefois nous croyons devoir donner la préférence, comme offrant plus de garanties, au procédé qui consiste à suturer la paroi de l'abdomen, couche par couche. Les sutures profondes devront être faites au catgut. Généralement on se contente de trois plans de suture : un pour le péritoine sur lequel on pratique habituellement un surjet; un pour le plan musculo-aponévrotique, et un superficiel pour les téguments. Ce dernier sera fait au crin de Florence.

Le professeur Terrier conseille de faire quatre plans de suture : un à points séparés, pour le péritoine; un pour le transverse et le petit oblique; un pour le grand oblique, et un pour la peau; ce dernier, au crin de Florence. Cette méthode nous paraît particulièrement devoir être suivie dans les cas où l'on aura pratiqué l'incision de Roux, ou celle qui est généralement recommandée pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Jalaguier réunit de la façon suivante les deux bords de l'ouverture abdominale. Il fait une première suture

sur le péritoine et sur le feuillet postérieur de la gaine du muscle droit et en rapproche les deux parties. Une deuxième suture fixe le bord externe du muscle précédent au sommet de l'angle dièdre formé par le dédoublement de l'aponévrose du petit oblique. Par une troisième suture, il réunit les deux parties du feuillet superficiel de la gaine. Les téguments enfin sont réunis par une quatrième suture faite au crin de Florence. De cette façon, la suture profonde et aussi les deux sutures superficielles correspondent, dans toute leur étendue, au corps charnu étalé du muscle droit de l'abdomen dont les fibres intactes les séparent, formant un plan résistant capable de supporter les plus grands efforts, sans exposer le malade à l'éventration. Cette dernière complication post-opératoire de l'appendicite n'a d'ailleurs jamais été observée par les chirurgiens qui, à l'exemple de Jalaguier et de Pierre Delbet, emploient le procédé que nous venons de décrire.

XXXV. — Dans les cas où au cours de l'opération, on n'aura ouvert aucun foyer suppuré, ni produit aucune déchirure de l'intestin, le *drainage* ne sera pas nécessaire; après avoir bien tari, à l'aide de compresses ou de tampons absorbants stérilisés, le léger suintement séro-sanguinolent qui se fait assez souvent au niveau du champ opératoire, et qui résulte de la déchirure des adhérences, on fermera complètement l'abdomen puis on appliquera sur la plaie un pansement sec légèrement compressif.

Dans le cas contraire, il vaudra mieux placer dans la cavité abdominale, au voisinage du cæcum, un ou deux gros drains en caoutchouc rouge, entourés de gaze iodoformée, pour le passage desquels on ménagera dans la partie inférieure de la plaie suturée l'ouverture juste nécessaire. Un ou deux crins de Florence passés profondément à travers

l'épaisseur de la paroi abdominale, et venant sortir, sans être liés, de chaque côté de cette ouverture, pourront servir à en rapprocher secondairement les deux bords, le jour où les drains seront définitivement enlevés. Nous préférons cette façon de drainer à celle qui consiste à ne laisser dans l'abdomen qu'une mèche de gaze stérilisée, sortant par l'angle inférieur de la plaie ; avec un pareil mode de drainage, pour si peu que les anses intestinales tassent la mèche ultérieurement dans son trajet, on risque souvent d'aller à l'encontre du but qu'on s'était proposé.

Lorsqu'on aura fermé complètement la paroi abdominale, on pourra, pour changer le pansement, attendre le huitième jour après l'opération ; à ce moment, on enlèvera les fils. Si, au contraire, il a fallu drainer, le pansement sera fait tous les deux jours et le drain enlevé dès que l'écoulement sera tari, c'est-à-dire, généralement, du 4e au 6e jour après l'opération (Sonnenburg). Matin et soir, on prendra la température du malade. Pendant les 24 premières heures qui suivront l'intervention, il sera mis à la diète absolue, afin d'éviter les vomissements et de laisser l'intestin au repos. Pour calmer la soif, on lui permettra, de temps en temps, de se rincer la bouche avec un peu d'eau fraîche. Au bout de 24 heures, on lui laissera prendre un peu de champagne coupé avec de l'eau de Vichy, ou encore un peu de lait ; enfin on lui donnera de l'opium, pendant les 2 ou 3 premiers jours, dans le but de le constiper. Le 3e ou 4e jour on prescrira un laxatif ou un lavement. L'alimentation solide ne devra être reprise qu'au moment de l'ablation des sutures, c'est-à-dire vers le 8e jour et dans le cas seulement où la température aura toujours été normale. Il ne faudra permettre tout d'abord que des aliments de digestion facile : insensiblement on reviendra à l'alimentation ordinaire, en

suivant encore ici à peu près les mêmes préceptes que dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Enfin le malade ne devra quitter son lit que trois semaines à un mois après l'opération, et il devra porter, pendant au moins 18 mois, une ceinture abdominale.

· (*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales.
Burat (*Thèse de Paris*, 1901, n° 452).

La sérumthérapie artificielle a conquis, depuis 1885, droit de cité en thérapeutique. Dans les psychoses aiguës accompagnées de symptômes graves d'auto-intoxications, Culler, cité dans ce travail, aurait obtenu une disparition rapide des symptômes inquiétants et une amélioration qui se traduit par le rétablissement des sécrétions. L'état mental s'améliore d'une façon générale.

Les injections de sérum artificiel ont été employées entre autres dans des psychoses post-infectieuses (grippales). Dans l'alcoolisme, délire de rêve, albuminurie. Egalement dans la psychoneurasthénie à forme mélancolique, rétention, oligurie.

Ces résultats thérapeutiques s'appuient sur des constatations positives. Ils nous permettent d'envisager la sérumthérapie comme une médication excellente dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale; elle trouve ses indications dans l'état physique du malade.

Elle ne doit pas toutefois être exclusive, ni employée systématiquement. Son innocuité est absolue.

L'auteur recommande l'usage des doses massives (500 cc. au minimum) et répétées tous les jours ou tous les trois jours.

Ces sérums sont divisés en trois classes, et administrés suivant les indications.

Le sérum chloruré à 7,5 p. 100.

Le sérum bromuré à 6 p. 100.

Le sérum ioduré à ·2 p. 100.

Ils ont des propriétés générales communes, ils stimulent toutes les fonctions physiologiques et, sous leur influence, l'état général se relève rapidement.

Le sérum chloruré s'adressera aux psychoses toxi-infectieuses récentes et aiguës.

Le bromuré, dans des états mélancoliques avec agitation anxieuse.

Le sérum ioduré jouit de propriétés particulières antiscléreuses; il sera réservé aux paralytiques généraux.

Contre-indications : lésions artérielles et cardiaques; tuberculose pulmonaire aux dernières périodes.

Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique. Laparotomies itératives. M. Emile Pernot (*Thèse de Paris*, 1901, nº 659).

L'erreur historique de Spencer Wells a enrichi la thérapeutique d'un moyen des plus efficaces contre la tuberculose péritonéale. Cependant l'incision qui a été proclamée par nombre de chirurgiens comme seul et unique traitement, parait aujourd'hui exagérée. La grande majorité des pathologistes pensent avec raison que le côté médical ne doit pas être abandonné, et qu'il doit être toujours tenté avant d'avoir recours à une intervention chirurgicale, car celle-ci, au début de la maladie, comporte des incertitudes et des dangers qui ne sont pas à mépriser.

D'autre part, on sait que la maladie a une tendance à la guérison, et que l'acte opératoire ne fait qu'activer les *processus* curateurs de la nature.

Le traitement médical consiste à relever les forces défensives

du malade, c'est le traitement du début de toutes les formes de péritonite tuberculeuse, l'alimentation, le repos, l'air, puis faire une médication symptomatique.

D'une façon générale l'application de ce traitement ne doit pas être trop prolongée; lorsqu'on s'aperçoit que les lésions n'ont aucune tendance à rétrograder, il faut recourir à la ponction, suivie ou non d'injections modificatrices, d'insufflation d'air, d'oxygène ou d'azote. Cette dernière méthode, par son innocuité, semble rallier les suffrages de la majorité des médecins.

Puis lorsque tout a échoué, faire la laparotomie ; elle doit être entreprise d'emblée toutes les fois que, soit à cause de la virulence de l'infection, soit à cause du peu de résistance du terrain, l'organisme se trouve en état d'infériorité pour lutter contre l'infection.

L'évacuation de l'épanchement ascitique, en évitant l'absorption des leucomaïnes et plus particulièrement des tuberculines dissous dans celui-ci, joue un rôle certain dans le *processus* de la guérison.

Le cacodylate de soude dans les maladies mentales. ERNEST PAULET (*Thèse de Paris*, 1901, n° 514).

Le cacodylate ne serait pas seulement employé dans les affections consomptives comme l'a si bien démontré le prof. Renaut (de Lyon) et le prof. Gautier, en 1899. M. le Dr Tapart, de Rouen, aurait eu des améliorations très marquées par l'emploi du cacodylate de soude et de fer dans des cas de mélancolie aiguë. Dans cette dernière maladie M. Gautier a eu des guérisons très rapides.

La médication peut être employée pendant plusieurs années sans que l'accoutumance s'établisse (prof. Gautier). La voie hypodermique doit être préférée à la dose de 2 à 15 centigrammes d'acide cacodylique par jour, en voici la formule :

Cacodylate de soude pur............	6 gr. 4
Alcool phéniqué au 1/10............	X gouttes
Eau distillée........................	100 gr.

Porter un instant à l'ébullition, rétablir les 100cc et verser dans un flacon stérilisé.

Chaque centimètre cube répond à la dose moyenne à injecter en 24 heures à l'adulte.

Dans la plupart des observations contenues dans ce travail, on constate une amélioration plus ou moins sensible de l'état mental, laquelle a coïncidé avec une amélioration physique des malades traités. Toutefois, dans aucun cas personnel à l'auteur, la guérison n'a été complète.

On ne saurait donc encore se faire une opinion définitive de l'influence de l'arsenic latent dans les maladies mentales.

Des effets du chloralose dans quelques affections mentales. M. Bresson (*Thèse de Paris*, 1901, n° 602).

Il n'y a pas de conclusions fermes à tirer de l'étude de ce médicament, mais simplement des indications, et quelques conclusions que l'auteur résume ainsi.

Le chloralose est un bon hypnotique, procurant un sommeil calme sans trace de fatigue au réveil.

Les indications sont une insomnie rebelle, avec ou sans agitation nocturne, surtout dans les cas de folie hystérique, et peut-être dans la paralysie générale.

Dans l'épilepsie surtout à forme vertigineuse, le chloralose produit une diminution momentanée des accidents convulsifs.

Les principales contre-indications sont les lésions de l'appareil respiratoire et en particulier la tuberculose pulmonaire à une période avancée, et les affections mentales avec hallucinations intenses.

Quant aux accidents qu'il produit, ils sont toujours passagers et ne laissent pas de traces; ils naissent à des doses variables à un moment quelconque du traitement.

Les doses doivent varier entre 15 et 75 centigrammes, être lentement progressives avec des arrêts dans l'administration du médicament. L'action de ce dernier devra toujours être surveillée de très près.

Du bleu de méthylène chimiquement pur en poudre dans le traitement des métrites. M. CH. SUEUR (*Thèse de Paris*, 1901, nº 298).

Pour le traitement des métrites chroniques, les opinions des gynécologistes divergent singulièrement. L'auteur passe en revue toutes les méthodes instituées jusqu'alors, et donne la préférence au bleu de méthylène.

D'après Penzold, les bactéries absorbent la matière colorante avec avidité, l'action microbicide se dégagerait de ce fait.

Le bleu de méthylène exerce aussi un rôle de vaso-constriction et par suite de décongestion. Il a un pouvoir analgésique manifeste ; employé en poudre il est peu soluble, on le retrouve quatre ou cinq jours après son application. Son emploi permet aux malades de vaquer à leurs occupations. L'action en est des plus manifestes, mais il faut être certain de l'innocuité du médicament, il ne doit contenir aucune traces d'arsenic ou de chlorure de zinc ; si elles subsistent, les escarres et la douleur surviendront.

Pour les pansements intra-utérins, enrouler d'ouate hydrophile une sonde de Playfair, puis on plonge dans un verre contenant de l'huile de vaseline. La soude ainsi humectée est imprégnée de bleu de méthylène en poudre, et on la porte ensuite dans la cavité en faisant une sorte d'écouvillonnage. Celui-ci provoque quelquefois des douleurs qui cessent rapidement, étant provoquées non par le bleu, mais par le frottement.

Quant aux pansements au niveau du col, le même procédé est employé. Il est nécessaire, après ces applications, d'enlever quelques instants après, à l'aide d'un tampon d'ouate, l'excès du colorant. Ensuite introduire dans le vagin, un nombre de mèches de gaze simple, ou iodoformée.

Les métrites d'origine gonococcique paraissent moins nettement et moins rapidement influencées par cette méthode, que les métrites ordinaires. Les lésions annexielles sont notablement améliorées.

Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale.
M. BAUDIN (*Thèse de Paris*, 1901, n° 466).

Après avoir envisagé tout le traitement de l'infection puerpérale, l'auteur conclut à un simple groupement des résultats obtenus, et à un examen des diverses interventions proposées.

Il n'y a pas, en effet, de remède vraiment efficace de la septicémie puerpérale, malgré les découvertes de Pasteur, Doléris et Widal; le sérum curatif n'est pas encore connu.

Le curettage semble la méthode de choix; il amène le plus souvent la chute de la température, et détermine des contractions du muscle utérin; il est de ce fait hémostatique. Mais le curettage n'est pas toujours suffisant quand l'infection est profonde, c'est alors qu'il faut recourir à un deuxième curettage (Pinard), et aux irrigations continues.

A la clinique Baudelocque, on emploie la solution de biiodure de mercure à 1/2.000 dédoublée. Tarnier se servait, pour ces injections intra-utérines, de la solution de permanganate à 1/2.000 faites après le curettage; elles contribuent à la défervescence de la température. Puis lorsque ces moyens ont échoué, on a recours aux bains froids, et au sérum artificiel.

Pour les bains, la technique est la même que pour la fièvre typhoïde. Le bain froid, en soustrayant au malade un certain nombre de calories, diminue la résistance des germes; puis il est tonique et diurétique. Cependant la péritonite généralisée ne retire aucun avantage des bains froids (Vincent), mais lorsqu'il y a un état d'adynamie très prononcé, il faut préférer les injections de sérum artificiel. Il exerce une action heureuse contre la déplétion vasculaire et la dépression nerveuse. Il ne saurait être nocif comme la caféine et l'éther, il agit comme diurétique et il dilue les toxines.

Quant à l'hystérectomie, elle ne doit être réservée que pour les cas désespérés, où l'infection a dépassé la muqueuse utérine. Mais il n'y a pas d'indication précise du moment de l'intervention, il n'y a que les phénomènes généraux qui puissent indiquer au

chirurgien le moment d'intervenir, et sans doute aussi les phénomènes locaux.

Du massage et de quelques-unes de ses applications en obstétrique. M. FRUMUSANU (*Thèse de Paris*, 1901, n° 500).

La thérapeutique depuis quelques années subit une évolution bien caractéristique. Les moyens pharmaceutiques, parfois incertains, ont fait place aux moyens hygiéniques qui, beaucoup plus fidèles, tiennent souvent leur promesse; ce sont d'utiles modificateurs des tissus et des organes.

L'un des plus puissants de ces moyens hygiéniques est, sans contredit, le massage. On sait qu'en effet, sous son influence, la pression sanguine est régularisée, la décongestion veineuse est opérée, tous les organes qui assurent les fonctions respiratoires et circulatoires se trouvent heureusement influencés.

L'application du massage en obstétrique est indiquée dans les déviations utérines et les adhérences péri-utérines ; les vomissements incoercibles, la délivrance, la lactation, enfin les phlegmatia alba dolens.

La massothérapie est une nouvelle science thérapeutique, elle implique divers procédés qu'on utilise dans le massage. Il nous est impossible, dans cette courte analyse, d'en indiquer leur technique, nous nous bornerons à ses indications.

D'après Stapfer, un massage léger péri-utérin et un effleurage arrêtent la grande majorité des métrorrhagies chroniques. Dans les cas de fibromes utérins également, il permet aussi de rompre des adhérences qu'une inflammation antérieure a pu créer et de rendre à un muscle sa souplesse, sa contractilité normale. Dans les déviations utérines, le résultat du massage est certain et rapide.

Son utilité est donc incontestable dans ces sortes d'affections, obstacle à la fécondation. Les vomissements incoercibles de la grossesse sont heureusement influencés par la méthode; les massages, dans ce cas, se pratiquent sur le gros intestin, le foie, l'estomac et on termine par un massage général. Il est aussi indiqué

dans la lactation et comme traitement modificateur de l'utérus dans les suites de couches.

Traitement rationnel de la blennorrhagie et des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme. M. BERTRAND (*Thèse de Paris*, 1901, n° 565).

Si l'on excepte la rougeole, il n'est pas de maladie plus fréquente que la blennorrhagie. C'est une maladie redoutable pour l'espèce humaine, car elle est un des principaux facteurs de la dépopulation : 90 0/0 des maris, des femmes stériles, ont eu une blennorrhagie mal guérie, et cela même parmi ceux qui n'ont pas eu d'orchite.

Chez la femme, elle provoque des métrites non puerpérales. dont les altérations empêchent la fixation de l'ovule, et amènent des salpingites; aussi Verchère a-t-il pu dire que la blennorrhagie rendait plus de femmes stériles que la syphilis. Chez l'enfant, 80 p. 100 des cas de cécité sont consécutifs à l'ophtalmie blennorrhagique.

Un grand nombre de mesures prophylactiques ont été proposées, et elles témoignent de la gravité qu'on accorde à cette maladie.

On ne peut entreprendre ici de reproduire même un résumé des travaux qui ont été faits sur la flore pathologique des organes génitaux. Nous devons nous contenter de donner des conclusions qui semblent pouvoir être dégagées des études de la question.

Les premiers points à établir c'est la réglementation de l'examen des prostituées et l'efficacité des soins chez la femme. Faire le diagnostic exact de toutes les localisations de la blennorrhagie, par un examen clinique minutieux, appuyé d'un examen bactériologique systématique des sécrétions de l'urèthre, de l'utérus, de toutes les sécrétions en un mot qui peuvent être recueillies.

Le traitement consistera en lavages avec une solution de permanganate de potasse dont le titre pourra varier; il est indispensable de donner des soins quotidiens.

Le contrôle proposé consiste : 1° à faire des examens bactériologiques chaque jour à partir du quatrième jour des soins; 2° à

noter la disparition des gonoccoques, celle du pus ; 3° à continuer les lavages un certain temps après la disparition du pus, ensuite essayer de faire repulluler le gonoccoque.

Les autres infections catarrhales purulentes des muqueuses génitales doivent être soignées avec grande attention et demandent pour guérir l'observation des mêmes principes et l'emploi de la même méthode ; l'agent seul diffère.

Il est préférable, après avoir établi leur diagnostic, d'employer le sublimé, ou de n'employer le permanganate qu'en lui associant le sublimé.

La pyélo-néphrite chez les femmes enceintes et en particulier de son traitement. Mme Gébrak (*Thèse de Paris*, 1901, n° 585).

Cette maladie est le résultat d'un triple élément : un trouble mécanique qui détermine la compression de l'uretère par l'utérus gravide ; une infection le plus souvent par voie circulatoire dont la porte d'entrée passe inaperçue en général. Puis enfin, une infection antérieure, telles que rougeole, scarlatine, ayant mis le rein en moindre résistance.

Les symptômes sont les mêmes que dans toute pyonéphrose, ils peuvent être confondus avec les troubles de la grossesse, car les signes physiques sont plus difficiles à percevoir qu'à l'état normal, à cause de l'augmentation de volume de l'utérus gravide.

Cette affection survient à toutes périodes de la grossesse, et son importance est d'autant plus grande qu'elle survient prématurément, parce que les symptômes peuvent être assez intenses pour ne pas permettre l'évolution de la grossesse, la terminaison de celle-ci n'amenant pas toujours celle de la pyélonéphrose.

Le traitement médical doit être tenté avec mesure ; quant au traitement obstétrical, il ne doit être pratiqué que si on est certain d'avoir un enfant vivant.

La néphrotomie est le traitement de choix, la néphrectomie est une opération à faire secondairement, si la fistule persiste, et si le rein est opposé à sa fonction normale.

Curettage du cancer de l'utérus inopérable. M. CELLARD (*Thèse de Paris*, 1901, n° 648).

Les chirurgiens n'ont pas toujours été d'accord sur l'utilité d'une intervention palliative dans le cancer de l'utérus inopérable, car l'abstention systématique fut souvent de règle; on pensait alors que tous les moyens employés étaient plus souvent nuisibles qu'utiles.

Puis les opérateurs pensèrent à combattre les symptômes les plus inquiétants, c'est alors que se place le curage utérin, de préférence au curettage, lequel implique l'idée d'une ablation complète de la muqueuse.

Le curage est connu depuis longtemps, mais lorsqu'on songe aux bons résultats qu'il peut donner, on arrive à cette conclusion qu'il faut en vulgariser l'emploi.

Cette intervention détruit en partie les fongosités qui créent les hémorragies, et les injections hémostatiques consécutives agissent sur les couches profondes de la muqueuse déjà moins vasculaires.

Le curage n'aggrave pas l'état général, et il n'exige pas ordinairement d'anesthésie profonde, ce qui est appréciable, chez des femmes déjà atteintes de cachexie néoplasique.

Cependant, les indications en sont discutables; ce mode de traitement ne s'applique pas à toutes les variétés de néoplasmes.

Il agit en tant que modificateur des principaux symptômes de la lésion, il fait disparaître temporairement les hémorragies, diminue les sécrétions et atténue l'odeur des pertes. Il semble même qu'il amène une sédation dans la douleur, surtout dans les cas de rétention cavitaire.

Les contre-indications se tirent de la forme anatomique de la tumeur, de l'état général, de l'existence de fistules multiples. Il est des cancers tellement diffusés qu'il ne vient pas à l'esprit d'y toucher.

Les soins consécutifs ont une très grande importance, il est utile de faire des cautérisations de la muqueuse, ayant cependant

à l'esprit la possibilité d'une perforation utérine toujours à redouter.

Péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. M. A. ROUSSEAU (*Thèse de Paris*, 1901, n° 642).

La tuberculose du péritoine revêt deux formes distinctes : une forme chronique, tantôt ascitique, tantôt sèche; et une forme aiguë, à début brusque, fébrile, douloureux, s'accompagnant de nausées, parfois de vomissements, amenant un ballonnement rapide du ventre.

Cet ensemble de symptômes fait qu'on est naturellement amené à songer à une occlusion intestinale.

Il arrive aussi, par suite d'une allure spéciale due à la localisation anatomique des lésions, que l'on porte le diagnostic d'appendicite, ou même de péritonite par perforation.

Cette affection s'observe souvent chez les individus les mieux constitués en apparence; l'influence de l'hérédité et les circonstances hygiéniques et pathologiques sont capables d'amener à la longue une débilité constitutionnelle.

La péritonite tuberculeuse aiguë est de tous les âges, elle est cependant plus fréquente chez les tout jeunes enfants; le maximum de fréquence semble être de 12 à 15 ans. Quant à la proportion elle est de six malades du sexe féminin contre trois du sexe masculin.

Dans l'appendicite commune au contraire, les hommes paient un plus large tribut; sur 616 malades, on trouve 470 hommes.

La cause efficiente est le bacille de Kock. Selon M. Marfan, la voie sanguine est la principale ouverte au bacille, et c'est par elle qu'ils arrivent à la séreuse, car il est exceptionnel d'après l'auteur, de voir des lésions tuberculeuses absolument localisées à la région péricæcale. Cependant on ignore la cause pour laquelle les lésions prédominent autour de l'appendice de préférence à toute autre région.

Quant à l'évolution, les allures cliniques sont si différentes, qu'il est difficile de porter un pronostic d'ensemble, sur les péri-

tonites tuberculeuses simulant l'appendicite; c'est une affection grave puisque le plus souvent elle se termine par la mort, et presque toujours elle nécessite une intervention chirurgicale. Au point de vue du diagnostic on doit tenir compte du passé pathologique du malade et en particulier des poussées congestives pulmonaires ou pleurales; de l'existence de phénomènes d'occlusion, et en particulier de vomissements fécaloïdes plus marqués que dans les péritonites aiguës non tuberculeuses.

Le traitement se confond également avec celui de l'appendicite.

Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales.
M. Palak (*Thèse de Paris*, 1901, n° 677).

L'auteur n'a pas la prétention de trancher définitivement cette question qui est encore à l'étude; mais il s'efforce de présenter des documents et des statistiques qui contribueront à l'éclaircissement de quelques points se rattachant au traitement; celui-ci est toujours chirurgical.

Les tumeurs malignes de la vessie sont beaucoup plus fréquentes que les bénignes; on doit considérer la plupart comme des tumeurs prostato-vésicales.

La guérison spontanée des tumeurs bénignes est d'une extrême rareté, et le pronostic, quelle qu'en soit la nature, est toujours d'une gravité notoire.

Les tumeurs pédiculées doivent être opérées avec l'endoscope (méthode de Nitze), les sessiles par la taille hypogastrique; celles-ci récidivent presque toujours.

Il ne faut pas toucher aux tumeurs des malades dont la prostate est dure et irrégulière.



BIBLIOGRAPHIE

De l'action malfaisante du podophyllin sur l'œil, par contact direct, étude clinique et expérimentale, par M. DE ROCCA-SERRA (*Th. Paris*). Steinhel, éditeur, 1902.

Le podophyllin est, comme chacun sait, une résine extraite du rhizome du *Podophyllum peltatum*, employée en thérapeutique pour exciter les sécrétions glandulaires intestinales. Il présente des dangers pour la vue des ouvriers qui le manipulent, soit qu'ils n'abritent pas leurs yeux derrière des lunettes spéciales, soit qu'ils les frottent avec les doigts imprégnés de l'irritant produit. M. de Rocca-Serra a le mérite d'avoir appelé l'attention des médecins sur les lésions oculaires dues au podophyllin, lésions qu'il a eu l'occasion d'expérimentalement reproduire chez des animaux. Il serait à souhaiter que des règlements fussent affichés dans toutes les drogueries qui signaleraient toutes les substances dont la manipulation peut être dangereuse.

Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques, par l'analyse chimique des urines, par M. JEAN FERRAS (*Th. Paris*, 1901).

Étude consciencieuse et très documentée sortie du laboratoire municipal de thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, dirigé par M. Albert Robin, d'où il ressort qu'il n'est pas possible d'établir dans la syphilis une formule urinaire unique. Si à la période tertiaire les échanges sont en général abaissés, ils sont souvent augmentés même doublés dans la période secondaire. A la période primaire les résultats, bien que variables, semblent suivre une marche ascendante à mesure que le sujet s'éloigne de l'accident initial pour se rapprocher des secondaires. En fait, il semble que l'on puisse ne considérer dans la syphilis que deux périodes : l'une primo-secondaire avec des échanges augmentés, preuve d'une défense active de l'organisme; l'autre tertiaire, avec diminution des échanges, indice d'une déchéance profonde des tissus.

Électrothérapie gynécologique, derniers travaux de recherche et de critique, par le Dr G. APOSTOLI, publiés par M. LAQUERRIÈRE; 1 vol. in-8° de 632 pages. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1902.

Ce travail ne s'analyse pas. C'est un recueil de mémoires allemands, autrichiens, belges, danois, italiens sur l'électrothérapie qu'Apostoli recevait, qu'il faisait traduire, qu'il annotait lui-même et qu'il se proposait du publier. La mort étant venue l'ar-

rêter dans ses projets, c'est son fidèle second M. Laquerrière qui s'est chargé de ce dernier soin. Le livre qu'il nous donne est tel, paraît-il, qu'Apostoli l'avait conçu ; la première partie du reste a été écrite par ce dernier seul, et les critiques qui l'accompagnent sont son œuvre. M. Laquerrière a rédigé la seconde partie, mais en utilisant les annotations inscrites sur les manuscrits par la main même d'Apostoli.

Cinquième session de l'association française d'urologie. Paris, 1901. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. Desnos, secrétaire général, avec figures dans le texte ; 1 vol. in-8° de 606 pages. O. Doin, éditeur, Paris, 1902.

Gros volume témoignant de l'activité de l'association française d'urologie. On peut y lire les remarquables rapports faits sur la pathogénie, la symptomatologie et les indications opératoires du rein mobile et les discussions soulevées à ce sujet. La pathologie de l'urèthre, de la prostate, des vésicules séminales a provoqué de très consciencieuses études ayant abouti à d'aussi ingénieuses qu'efficaces méthodes thérapeutiques. Enfin, une mention toute particulière doit être accordée à la description des instruments présentés, pour la conception et l'exécution desquels auteurs et constructeurs ont fait preuve de beaucoup d'imagination et de la plus grande habileté. Ce livre ne s'analyse pas, c'est un recueil qui marque les progrès faits en urologie et où devra se documenter celui qui aura à résoudre une question quelconque de pathologie urinaire.

Corps neutres, principes amers et plantes qui les renferment en thérapeutique, par M. B. Dupuy ; un vol. in-4° de 202 pages, 1902.

Les corps neutres et les principes amers forment parmi les médicaments une classe très importante et très utile. Ils constituent des agents thérapeutiques de la plus haute valeur. Leur introduction en médecine a réalisé un immense progrès. Ils ont, avec les alcaloïdes, les glucosides et les acides organiques, déterminé une modification profonde dans l'étude et l'emploi pharmacodynamique des drogues végétales. Grâce à leur composition absolument identique, les corps neutres et les principes amers ont toujours sur l'organisme une même puissance et une même action, aussi leur substitution à l'action de la plante médicinale d'où ils dérivent s'impose-t-elle de la façon la plus absolue.

M. Dupuy a fait de ces principes si importants en thérapeutique une étude de la plus rigoureuse exactitude. Leur action physiologique et toxicologique est exposée avec les détails les plus précis et les plus minutieux ; leurs effets thérapeutiques sont relatés avec grand soin. Les indications posologiques et les formules précises qui sont données en montrent tout le côté pratique. Aussi ce travail se recommande-t-il à tout médecin désireux de se mettre au courant des médicaments nouveaux et de posséder un formulaire exact de ces corps.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies de la peau.

Traitement du zona. — Ce traitement a un triple but, de guérir les vésicules, de prévenir la suppuration et de calmer les douleurs névralgiques.

Pour cela, on peut employer la colle de zinc à l'ichtyol, des vernis solubles à l'eau, le thiol à 10 p. 20 et le gélanthe à l'ichthyol.

Dupus et Scharff ont recommandé la résorcine, Neisser, le collodion à l'iodoforme. Le nitrate d'argent qui a été également préconisé n'est pas sans dangers (Brocq).

Lorsque les bulles sont confluentes et déjà crevées par places, on aura recours aux poudres ou aux pâtes. Parmi les poudres, il convient de mentionner l'oxyde de zinc et l'oléate de zinc. Buzzi recommande la poudre de thiol à 10 ou 20 p. 100, Unna la poudre à l'ichtyol.

On peut formuler :

Tanin................................ Sous-nitrate de bismuth...............	ââ 2 gr.
Oxyde de zinc........................ Amidon...............................	ââ 5 »

Lassar préfère le nosophène, Franck le tannoforme.

Si les poudres semblent irriter, employer les pâtes de zinc et d'amidon (Brocq), de zinc résorcinée à 2 p. 100, des pâtes ichthyolée à 3 p. 100, après avoir préalablement crevé les bulles. Voici une formule de Kaposi :

Cire jaune...........................	10 gr.
Huiles d'olives.......................	30 »
Extrait aqueux d'opium...............	0 » 40

Leistikow (*Maladies de la peau*) préconise :

Acide borique	2 gr.	50
Chlorhydrate de cocaïne	0 »	50
Vaseline jaune	22 »	

Toujours recouvrir de ouate ou de mousseline.

Dans le zona gangréneux ou suppuré, pansements détersifs humides et saupoudrer ensuite avec de l'iodol ou de l'iodoforme et terminer par des poudres inertes.

Contre l'élément douleur, utiliser la morphine, le chloral, la belladone, le bromhydrate de quinine (Wolff). Schœmaker préconise 3 pilules par jour de :

Pyrophosphate de fer	2 gr.	
Acide arsénieux	0 »	06
Sulfate de quinine	2 »	

Pour 30 pilules.

Jamieson conseille XX à XL gouttes par jour de la mixture :

Teinture de noix vomique	āā 5 gr.
— gelsemium	

Kaposi a vanté l'arsenic, l'antipyrine.

Scharff préconise une injection de 2 ou 3 grammes de liquide anesthésique de Schleich dans l'espace intercostal, tout près de la colonne vertébrale. (*Journ. des Prat.*, août 1901.)

Maladies du nez et des oreilles.

Traitement des dermatoses du vestibule nasal. — Garel (*Mal. du nez*) étudie sous ce nom l'eczéma, la folliculite et le furoncle.

1° *Eczéma.* — S'adresser d'abord à l'état général qu'on cherchera à modifier tant par la médication interne que par le régime. Localement placer dans les fosses nasales des tampons d'ouate aseptique imbibés d'une solution boriquée tiède, dans le but de ramollir la croûte.

Moure recommande des onctions avec la pommade suivante :

Goudron....	0 gr. 50 à 1 gr.
Acide salicylique........ ..	0 » 25 à 0 » 40
Vaseline..................	15 »

On pourra aussi toucher la lésion avec une pommade contenant du baume du Pérou à 1/10.

Lermoyez conseille une autre pommade ainsi composée :

Huile de cade vraie..................	4 gr.
Vaseline......	10 »
Lanoline............................	10 »
Essence de girofle....................	V gouttes

Enfin, dans les cas rebelles, faire des cautérisations au nitrate d'argent à 1/10 ou à l'acide chromique à la même dose.

2° *Sycosis ou folliculite.* — Ouvrir chaque point de suppuration avec une aiguille flambée, laver le vestibule nasal avec une solution de sublimé et faire prendre plusieurs fois par jour des bains de nez dans une solution très chaude de sublimé ou de phénosalyl. Une épilation complète de l'entrée des fosses nasales est le plus souvent indispensable.

Pour prévenir les récidives, placer matin et soir pendant quelques minutes dans les fosses nasales, un tampon de coton aseptique imbibé d'une solution de sublimé à 1/2000

3° *Furoncle.* — Bains de nez fréquents dans des solutions antiseptiques : recouvrir le nez de cataplasmes de farine de lin aseptiques. Le traitement abortif par des tampons de coton imbibés d'une solution à saturation d'acide borique dans l'alcool, est le plus souvent prescrit trop tard pour donner des résultats.

Quand le furoncle présente un point blanc à son sommet, on peut en faire l'ouverture, et on s'efforce de faire sortir le bourbillon par des pressions répétées. Pour éviter de nouvelles inoculations le malade devra se laver les mains dans une solution de sublimé chaque fois qu'il aura touché la lésion avec ses doigts.

FORMULAIRE

Lavement créosoté.

Créosote	2 gr.
Savon amygdalin	2 »
Jaune d'œuf	n° 1
Eau	500 »

Triturer la créosote dans le savon : ajouter une certaine quantité d'eau chaude. Quand la solution sera refroidie, faire une émulsion avec le jaune d'œuf et compléter les 500 grammes.

La créosote est très soluble dans les dissolutions de savon, et le jaune d'œuf n'a pour but, dans cette formule, que d'atténuer la causticité du lavement.

Formoline à la teinture d'eucalyptus.

Formol 40 p. 100	25 gr.
Teinture d'eucalyptus	25 »
Alcool à 80° Q. S. ad	200 cc.

Propriétés thérapeutiques : Antiseptique puissant.

Indic. : Désinfection des chambres des malades, endométrites catarrhales ou blennorrhagiques, vaginites.

Dose et mode d'emploi : En injections : deux cuillerées par litre d'eau. Pour désinfecter : une cuillerée par litre d'eau en évaporation.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

Le centenaire du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. — Le microbe de la dysenterie. — Le régime alimentaire dans les hôpitaux. — La mort et Edouard VII. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les viandes cancéreuses. — Le savon noir dans le traitement de la péritonite tuberculose.

On a célébré récemment à la Préfecture de police le centenaire de la création du Comité d'hygiène et de salubrité publique. La séance était présidée par M. le Préfet de police, qui a rapidement esquissé l'historique de l'assemblée dont il est le président de droit. Il a rappelé notamment comment le premier préfet de police, le comte Dubois, créa le 7 juillet 1802 (18 messidor an X) l'institution salutaire qui, durant tout un siècle, a rendu tant de précieux services à l'hygiène et à la santé publique.

Après avoir salué les noms des morts illustres qui, de Parmentier à Pasteur, ont particulièrement contribué à assurer la haute autorité du Conseil d'hygiène, M. le Préfet de police a mis en relief cette coïncidence, toute fortuite assurément, mais intéressante à noter, que d'un simple arrêté préfectoral est né le Conseil d'hygiène ; or, à cent ans de distance, c'est une loi, celle du 19 février dernier, qui est venue le constituer d'une façon définitive et le confirmer dans ses attributions et dans sa composition. Cette consécration légale est le plus éclatant témoignage des innombrables bienfaits dont la population de Paris et du département de la Seine lui est redevable.

*
* *

Les dysenteries épidémiques ou sporadiques qui éclatent dans une région ou dans une autre sont provoquées par la culture intestinale de deux espèces microbiennes absolument différentes, une amibe et un bacille.

La dysenterie amibienne, observée pour la première fois en Égypte, frappe surtout les hommes adultes, et a d'ordinaire une marche chronique. La maladie dure des mois et des années; elle peut guérir ou se terminer par épuisement, par perforation intestinale et surtout par abcès du foie.

La dysenterie bacillaire se différencie de la première en ce qu'elle est surtout épidémique et infectieuse; elle peut tuer rapidement par son propre virus, ou alors, évoluant d'une manière chronique, elle amène des ulcérations et des épaississements du gros intestin. Le bacille qui la détermine tient le milieu entre le coli-bacille et celui de la fièvre typhoïde; il est principalement reconnaissable à ce fait qu'il s'agglutine dans le sang des malades atteints de dysenterie depuis un certain nombre de jours.

Le bacille de la dysenterie a été découvert en 1888 par MM. Chantemesse et Widal. Les recherches de Alli, celles du savant japonais Shiga, et, plus récemment, tout un ensemble de travaux ont confirmé pleinement les résultats des deux médecins français. L'action spécifique de ce bacille est indéniable, puisque Flexner rapporte un cas où une attaque de dysenterie caractérisée fut consécutive à son ingestion et que Strong, ayant fait manger à un prisonnier philippin une culture de ces mêmes microbes, a vu se manifester chez ce « sujet » une dysenterie typique avec présence de bacilles caractéristiques dans les garde-robe.

*
* *

Il est certain que le régime alimentaire des hôpitaux demande à être modifié, et l'on ne peut que souscrire au projet de régle

mentation que M. Chauffard a soumis à la Société médicale des hôpitaux. Sans parler de la nécessité de composer divers régimes en remplacement des *degrés* actuellement en usage, il y aurait lieu de changer l'heure des repas, de celui du soir principalement; de servir les plats chauds, de créer un réfectoire indépendant des salles pour les malades en état de se lever, de pourvoir les alités d'une petite table mobile posée sur le lit.

M. Chauffard proteste aussi contre l'abus du bouilli et du bouillon dans les menus hospitaliers. Il voudrait que, pour faire le bouillon, on ne prît que les parties du bœuf qui ne peuvent être utilisées autrement.

Les légumes frais devraient être de bonne qualité et variés le plus possible. Quant aux légumes secs, leur emploi est très recommandable. Préparés en purées, ils constituent d'excellents aliments d'une grande valeur nutritive.

La question des boissons n'est pas moins importante. Au lait, au vin, à la bière, on pourrait ajouter le cidre léger. Mais c'est de la bonne eau fraiche en carafe qu'il conviendrait de fournir aux malades. Croirait-on que les malades ne peuvent boire de l'eau pure, à moins de se lever et d'aller la chercher à la fontaine? Ils sont condamnés au régime du vin pur obligatoire, à moins qu'ils ne le coupent avec la tisane de coco!

***

Il semble, dit le *Journal*, que la Mort se fit un jeu macabre de menacer le roi Edouard VII, qui fut plusieurs fois effleuré par l'aile noire d'Azraël. A New-York, en 1860, il est l'objet d'un attentat de la part d'un marin anglais aliéné; plus tard, à Compiègne, en 1868, renversé de cheval par deux cerfs, il est si gravement contusionné que l'on craint fortement pour sa vie. En 1871, la fièvre typhoïde le met en grand danger. Enfin, à Bruxelles, il y a trois ans, l'anarchiste Sipido tire un coup de pistolet sur sa voiture. On sait enfin qu'il a été bien près de

donner raison à la pythonisse déclarant qu'il ne serait jamais couronné.

*
* *

Les partisans de la tempérance, au dire de la *Petite Gironde*, viennent de faire une recrue en la personne du Négus. L'empereur Ménélik a prohibé l'importation de toute boisson alcoolique en Ethiopie.

*
* *

La question de la contagion du cancer a donné lieu dernièrement, en Angleterre, à un procès assez curieux. L'inspecteur des marchés de Leicester avait saisi la tête et la langue d'une bête atteinte d'un cancer, mais avait autorisé la vente du reste de la viande, parce que, d'après les livres techniques, il ne croyait pas qu'il y eût aucun danger d'infection. La presse anglaise, et en particulier le *Daily News*, s'est élevée contre de semblables procédés qui ne devraient pas être tolérés.

*
* *

De simples frictions abdominales quotidiennes au savon noir auraient suffi à guérir de péritonite tuberculeuse trois enfants présentés par M. Baginsky à la Société médicale de Berlin. Voilà le savon qui fait concurrence à la laparotomie ! mais est-il bien réellement l'agent de la cure? On sait que la péritonite tuberculeuse, comme la pleurésie tuberculeuse, peut guérir spontanément, quelle que soit la médication employée. Quoi qu'il en soit, sous l'influence des frictions savonneuses, Baginsky aurait vu l'exsudat péritonéal se résorber, la température redescendre à la normale et l'état général s'améliorer.

ACTUALITÉS

Congrès d'hydrologie.

Le *Congrès d'hydrologie, de climatologie et de géologie* a été ouvert à Grenoble, le 29 septembre, sous la présidence de M. Albert Robin, qui a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Au nom du Comité d'organisation du VIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie qui m'a confié l'honneur de le présider, je tiens à remercier d'abord le Gouvernement de la République d'avoir bien voulu nous donner son haut patronage, et de s'être fait représenter officiellement par M. le Préfet de l'Isère, auquel nous exprimons toute notre gratitude, en le priant d'être notre interprète auprès de M. le ministre de l'Intérieur.

Nous remercions aussi les Gouvernements étrangers qui nous ont envoyé des délégués choisis parmi les personnalités les plus élevées de la science thermale, auxquels j'adresse ici nos meilleurs souhaits de bienvenue;

M. le Maire et les conseils élus de la ville de Grenoble et du département de l'Isère, qui nous accordent, en cette belle capitale du Dauphiné, une si large hospitalité;

M. Boirac, Recteur de l'Université, qui sait si bien mettre la physiologie au service de la psychologie;

M. le Dr Bordier, directeur de l'Ecole de médecine, l'un des disciples les plus aimés de notre maître commun Gubler; le corps médical de Grenoble ; enfin les Sociétés savantes dont nous accueillons avec joie les éminents représentants.

Et vous, Messieurs les Congressistes français et étrangers qui, par vos travaux antérieurs et par l'importance de vos Rapports et

de vos communications, jetez sur ce Congrès un éclat qui nous honore tous, je vous remercie aussi, au nom de la science hydrologique, de n'avoir pas hésité à abandonner vos occupations et votre foyer, pour apporter ici, sans souci des longs voyages, les résultats de vos études. Laissez-moi vous dire à tous combien j'estime l'honneur de présider à vos travaux.

Je vous demande de voter de suite, par acclamation, des éloges à notre distingué secrétaire général, M. le Dr F. Berlioz, qui a eu la lourde charge de l'organisation du Congrès et qui s'en est acquitté avec un talent et un dévouement qu'on ne dépassera jamais. Et nous aurions beau l'applaudir que nous resterions encore au-dessous de son mérite.

Mesdames, vos claires toilettes et les roses de vos visages apparaissent comme des fleurs lumineuses parmi la monotonie des redingotes. Vous n'avez pas craint d'arborer vos plus jolis chapeaux pour venir écouter des hommes entre deux âges discourir sur de graves sujets. Votre présence leur apporte la fraicheur et la grâce qui leur manquent. Vous donnez à notre séance d'ouverture quelque chose de votre charme, et en vous admirant, on trouvera peut-être nos discours moins austères et moins longs.

Nous entendons souvent dire que l'hydrologie est demeurée stationnaire ou, tout au moins, n'a fait que de minimes progrès, et qu'elle a peu bénéficié des grandes découvertes contemporaines qui ont changé les assises de la médecine. Je n'hésite pas à déclarer que cette affirmation est inexacte.

La science de l'hydrologie et de la climatologie s'est, elle aussi, renouvelée dans les trente dernières années.

Mais pendant que les applications de la méthode expérimentale bouleversaient à ce point les choses de la médecine et particulièrement de la thérapeutique, qu'un praticien d'il y a cinquante ans aurait peine à se reconnaître dans la science médicale d'aujourd'hui, — science toute neuve dont l'éclat est atténué par bien des incertitudes, — l'hydrologie marchait à pas plus lents et peut-être plus sûrs.

Elle ne faisait pas table rase du glorieux héritage que l'expérience des siècles écoulés lui a légué. Elle soumettait à un contrôle plus sévère l'envahissement des doctrines nouvelles, et ne pouvant jamais s'écarter du terrain des immédiates applications pratiques, elle était obligée de subordonner à la sanction de l'observation clinique les théories régnantes qui semblaient les mieux établies et les plus indiscutables.

Combien de ces théories se sont écroulées devant cette urgence thérapeutique qui, enserrant le médecin hydrologue, l'érige en juge impartial de leur portée! C'est pourquoi vous bâtissez peu de systèmes; vous vous contentez de suivre la vieille et toujours sûre tradition hippocratique, c'est-à-dire l'observation, mais en la complétant par la mise en œuvre des modes de recherche dont la science moderne s'est si merveilleusement enrichie.

Voyez quel pas décisif a fait l'hydrologie quand, suivant l'immortelle méthode de Claude Bernard, elle a cherché à renouveler ses vieux procédés, en fondant l'action des eaux sur la connaissance des effets physiologiques, soit de l'eau elle-même, soit de chacun des principes qu'elle tient en dissolution?

D'abord, elle a confirmé expérimentalement ce que la pratique avait montré depuis longtemps, à savoir que chaque eau minérale est un tout complexe dont les effets sur l'organisme ne représentent pas la somme des effets produits par chacun des principes constituants.

Cette constatation a une plus grande portée qu'on ne se l'imagine, car elle est immédiatement applicable à la thérapeutique générale. Elle est une preuve de plus que l'on a eu tort d'identifier l'action des alcaloïdes végétaux avec celle des plantes dont ils sont extraits, et que l'action médicatrice de cette sorte de quintessence, déjà devinée par Paracelse, ne saurait toujours représenter, à une plus grande puissance, celle de cet autre tout complexe qui compose la plante.

Elle prouve aussi l'utilité des associations médicamenteuses, contre lesquelles on mène, depuis bien des années, une campagne qui ne dénote que l'ignorance de ceux qui la continuent.

Ce sont ces progrès de l'hydrologie qui ont permis d'en faire l'application presque mathématique au traitement de tant de maladies de la nutrition.

Vous savez combien la médecine générale est en retard sur la connaissance de ces maladies. On a détruit l'ancienne conception des diathèses sans la remplacer par rien de plus plausible, car toutes les théories émises depuis lors se sont effondrées dès qu'elles ont été aux prises avec la thérapeutique, — ce juge en dernier ressort de tous les systèmes.

Mais si, laissant de côté les théories, on regarde simplement les faits, on voit que les maladies de la nutrition sont des maladies fonctionnelles se traduisant, dans les échanges organiques, par des variations dont la connaissance permet de remonter au trouble initial dont elles sont l'expression.

Grâce aux procédés de la chimie biologique, on peut aujourd'hui lire dans les actes intimes de la vie cellulaire, matérialiser cette force jusqu'ici insaisissable qu'on nomme l'activité vitale, mesurer les aptitudes fonctionnelles des divers organes, enfin fixer les premiers linéaments de l'acte morbide, de cet acte antérieur à la lésion, qui la prépare ou la conditionne et qui, purement fonctionnel, est encore modifiable par la thérapeutique.

D'un autre côté, la chimie biologique permet de reconnaître le mode d'action des eaux minérales et des climats. Elle montre comment se modifient la nutrition et les échanges intra-organiques qu'elle comporte, sous l'influence de ces agents. Elle pénètre le mystère de leurs effets curateurs.

D'importantes recherches ont été faites dans cette direction durant les quinze dernières années, sous l'impulsion donnée par la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine. Les résultats acquis justifient les espérances du début, et le moment n'est pas éloigné où, coordonnés en un ensemble, elles illumineront d'une clarté définitive les indications de nos stations thermales et permettront de réaliser ce grand desideratum de la médecine, c'est-à-dire la *détermination de l'opportunité thérapeutique.*

Car, si nous connaissons, d'une part, la manière dont telle eau minérale et tel climat influencent les échanges généraux et les fonctions spéciales des organes; si, d'autre part, nous savons comment ces échanges et ces fonctions varient dans telle maladie chronique, quoi de plus simple que d'opposer le modificateur aux effets connus à l'élément morbide également déterminé.

Je n'abuserai pas de votre attention en citant des exemples que nul de vous n'ignore et qui montrent quelle influence cette orientation nouvelle, ce *néo-vitalisme* médical, ont exercé sur l'hydrologie. A côté des indications maîtresses laborieusement édifiées par le sens clinique et l'observation de nos devanciers, la chimie biologique a créé, pour ainsi dire *à priori*, des indications nouvelles que l'expérience a toujours ratifiées, ouvrant ainsi à la médecine thermale des horizons inattendus et donnant à ses procédés un caractère de précision et même de certitude que la thérapeutique générale est loin de posséder encore.

Donc, Messieurs, loin d'être en retard sur le reste de la médecine, vous la précédez sur le terrain de la pratique, parce que vous avez su, avec la tradition pour flambeau et sans rien abandonner des enseignements du passé, faire bénéficier votre clinique spéciale de toutes les grandes découvertes et des nouveaux moyens d'exploration, parce que vous êtes restés fidèles à Hippocrate, le maître de l'observation, qui se contente de guider l'organisme dans ses actes de défense, contre Gallien qui mettait le raisonnement au-dessus de l'observation, et dont l'influence domine encore la thérapeutique générale quand celle-ci croit que son rôle consiste à dompter directement la maladie.

L'hydrologie et la climatologie apparaissent donc comme les moyens les plus puissants et les plus efficaces que nous ayons à opposer aux maladies de la nutrition considérées comme des entités, de même qu'aux troubles nutritifs qui peuvent survenir dans tant d'états pathologiques divers.

La *dynamisation de l'eau minérale*, si l'on veut bien me permettre cette expression, est le meilleur moyen dont nous puissions disposer pour impressionner les déviations du *dynamisme vital*.

Ces grandes assises internationales de l'hydrologie, de la climatologie et de la géologie dont vous tenez ici la session, ont déjà porté leurs fruits.

En relisant les comptes rendus des Congrès précédents, on est vivement frappé par l'énorme quantité de travaux sérieux dont ils ont été l'occasion.

Quant au Congrès actuel, il ne le cède en rien à ses devanciers. Réunissant 230 congressistes qui auront à discuter 13 rapports et plus de 60 communications non seulement il est remarquable par l'abondance et la valeur des documents que vous aurez à examiner au cours de vos séances, mais il témoigne encore d'une marche en avant vraiment caractérisée.

En outre, ces congrès ont donné aux médecins hydrologues d'un grand nombre de stations du monde, le moyen de se connaître, de s'apprécier et de resserrer les liens de confraternité entre les membres d'une grande famille, tout en élargissant l'étendue de leur avoir scientifique. Plus cette union entre les hydrologues sera étroite, plus notre science se développera, plus vous aurez le pouvoir de réaliser les progrès indispensables à l'essor des stations hydro-minérales et climatériques.

Les grandes villes d'eaux ont une tendance générale à se transformer plus ou moins en villes de fêtes où l'on accumule les attractions malsaines qui retiennent les oisifs et les hommes de plaisir et tendent trop souvent à éloigner les vrais malades, de sorte que l'établissement thermal n'est plus guère considéré que comme une annexe ou un prétexte. D'autre part, beaucoup de malades veulent se soigner en s'amusant, retrouver à la station thermale leurs habitudes mondaines, y continuer les excès de table et les veilles de leur vie urbaine; puis, ils s'étonnent du maigre résultat de leur cure.

Les médecins hydrologues protestent. Ils recommandent de mener une existence hygiénique, de se coucher de bonne heure; mais les tables de jeu, les casinos, les théâtres et le reste ont des arguments plus pénétrants que leur voix isolée et morose. Ils insistent sur la nécessité d'un régime, mais la plupart des malades

sont condamnés à la table d'hôte contre laquelle ont échoué jusqu'à présent tous nos efforts et dont le menu, soustrait à tout contrôle scientifique, est une des causes essentielles de l'insuccès de tant de cures.

Ne craignons pas de dire hautement qu'il est temps de faire une croisade contre cet état de choses ; que tout en admettant les nécessités commerciales, les stations hydro-minérales devant être uniquement des lieux où l'on vient pour rétablir sa santé, la prescription médicale doit y régner en maîtresse prudente et éclairée; que les médecins de la station, après entente unanime, devraient avoir la possibilité de faire réglementer les régimes dans les hôtels et dans les restaurants, de s'entendre avec les municipalités pour obliger les casinos et les théâtres à fermer à une heure raisonnable et imposer aux hôteliers et aux logeurs l'adoption des mesures indispensables d'hygiène et de salubrité.

Ne nous dissimulons pas que tout ceci rentre encore dans le domaine du rêve, que notre droit public s'oppose, dit-on, à la réalisation de ce programme, enfin que nous n'aurons pas facilement raison des intérêts individuels, d'ailleurs relativement peu recommandables, qui se dresseront toujours contre nous. Et vous objecterez encore que vos revendications, maintes fois formulées par nombre d'entre vous, sont restées sans écho.

Permettez- moi de répondre que si ces revendications avaient été transmises par une collectivité, par une association puissante, mettant en œuvre les justes influences qu'elle tient de son bon droit et de sa sollicitude pour l'hygiène des baigneurs et la santé publique des stations, elles eussent eu certainement plus de portée.

Associons-nous donc pour devenir forts et pouvoir défendre avec succès les graves intérêts dont nous avons la charge.

Comme preuve de ce que peut l'association des efforts individuels, voyez l'exemple du Syndicat des médecins des stations balnéaires et climatériques de France. En 1896, quelques médecins des eaux françaises se réunissaient pour discuter des ques-

tions professionnelles, étudier les améliorations à porter dans l'hygiène des stations thermales, faciliter les moyens de transport, et tenter d'obtenir, par une action collective, ce que l'initiative individuelle n'avait pu réaliser. Ils fondèrent leur Syndicat qui compte aujourd'hui, parmi ses membres, la plupart des hydrologues et des climatologistes de France.

Je ne vous énumérerai pas les questions que le Syndicat a traitées, ni les problèmes qu'il a soulevés et résolus, ni les conflits qu'il a apaisés, ni enfin les points litigieux de déontologie qu'il a éclairés. Rappelons seulement qu'il a obtenu, grâce à l'appui de M. Baudin, alors ministre des Travaux publics, qu'une grande enquête fût faite, par les soins du Gouvernement et des compagnies de chemin de fer, sur les communications avec les principales stations balnéaires, et que cette enquête a donné, dans la mesure du possible, satisfaction aux lacunes que nous avions signalées.

Ne pensez-vous pas, Messieurs, que l'expérience faite en France, avec tant de succès, mériterait d'être reprise ailleurs? et n'y aurait-il pas grand avantage à ce que, dans chaque pays riche en eaux minérales ou en stations climatériques, les médecins se réunissent, comme nous l'avons fait en France, et fondent des associations analogues à la nôtre?

Pour créer un lien entre ces diverses associations, chacune d'elles déléguerait, suivant son importance, de un à trois de ses membres, et la réunion de ce Bureau permanent constituerait une sorte de Conseil général chargé de centraliser et d'étudier les questions intéressant, au point de vue international, les villes d'eaux et les stations climatériques.

Si cette proposition vous agrée, nous pourrons l'examiner, au cours de la séance de clôture du Congrès, avec les autres vœux qui viendront en discussion.

On parle beaucoup, Messieurs, de la crise que subiraient actuellement les eaux minérales. En allant au fond des choses, il semble bien que cette crise soit plus apparente que réelle; mais,

si tant est qu'elle existe, nous devrions rechercher les moyens d'y remédier.

Ceci nous entraînerait bien loin, même en restant exclusivement sur le domaine médical. Cependant, regardez autour de vous, et, abstraction faite de ce qui touche au confort et au luxe des installations, voyez quelles sont, parmi les villes d'eaux, celles qui jouissent de la plus grande prospérité. A coup sûr, ce sont les stations thermales qui se sont spécialisées pour le traitement de maladies déterminées.

Voyez Vichy qui a reçu en 1901 plus de 68.000 visiteurs au lieu de 37.000 en 1880, qui a exporté 14 millions de bouteilles au lieu de 4 millions; voyez Nauheim, qui était presque désert en 1881 et qui recevait l'an dernier plus de 14.000 baigneurs; voyez le développement croissant d'Aix-les-Bains, d'Uriage, de Cauterets, Luchon, Carlsbad, Vittel, Contrexéville, Biarritz, etc. — J'en passe et des plus fortunées.

Ne pensez-vous pas que ce succès est dû, en partie au moins, à la conception simpliste qui associe aussitôt, dans l'esprit du médecin traitant, le nom d'une de ces stations à une maladie précise?

N'oublions pas que l'hydrologie n'est pas enseignée, — sauf à Toulouse où notre savant confrère, M. Garrigou, s'efforce de lutter et lutte avec succès contre l'indifférence, et j'ose dire, contre l'insuffisance des connaissances médicales en matière d'hydrologie et de climatologie; — que les journaux et les publications spéciales ne sont, pour ainsi dire, pas lus, ni par les étudiants ni par les médecins; qu'en réalité, c'est vous, hydrologues, qui faites peu à peu l'éducation si sommaire des médecins dans les visites que vous leur rendez; et enfin que l'hydrologie ne s'invente pas plus qu'une autre science.

Jusqu'à temps que celle-ci soit enseignée, jusqu'à ce qu'elle ait pris dans les programmes de cours et d'examens la place qui lui est due et qu'elle n'a pas, vous devez vous efforcer, non de multiplier, mais de restreindre le nombre des états morbides justiciables de telle cure thermale, et conjuguer au nom d'une sta-

tion, — dans la mesure de l'expérience acquise par l'observation éclairée de la lumière des nouveaux procédés d'investigation, — le minimum d'états pathologiques, afin de synthétiser en une formule simple la somme des connaissances nécessaires au médecin traitant.

Si l'on objecte que cette manière de faire n'est pas scientifique, et qu'en agissant ainsi, on va à l'encontre de l'évolution et du progrès, répondons hautement que c'est toujours un progrès que de faire pénétrer des notions précises dans l'esprit du plus grand nombre. Et puis, je suis convaincu, avec beaucoup d'entre vous, que plus se développera la connaissance des actions thérapeutiques exercées par les eaux minérales, plus nous tendrons à leur spécialisation.

Certes, la tâche est pleine de difficultés. Max Durand-Fardel, qui a traité magistralement cette question au Congrès de Clermont-Ferrand dans un mémoire qui restera comme un modèle, a montré qu'après la spécialisation nettement accentuée, il y avait des spécialisations de seconde étape, et encore des actions communes à l'ensemble de la médication thermale. Mais c'est cette spécialisation dominante qu'il convient de dégager et de mettre au premier plan par tous les moyens d'études et de publicité dont vous disposez.

Messieurs, je viens de prononcer le nom de Max Durand-Fardel qui fut l'un des fondateurs de nos Congrès internationaux et acclamé comme Président d'honneur à vie de ces Congrès, hommage qui était légitimement dû à la large intelligence et aux grandes qualités morales d'un des hommes qui ont le plus fait pour la science et pour la pratique hydrologiques.

Nous avons eu la très grande douleur de le perdre, après une vie consacrée tout entière au service de notre cause. Nous ne verrons plus parmi nous cette physionomie si fine ; nous n'entendrons plus cette parole élégante, courtoise et décisive qui savait si bien mettre à leur point les questions les plus controversées, dégager la vérité des incertitudes et éclairer d'un grand faisceau

de lumière les discussions obscures et les problèmes incertains.

Cette parole, à la fois douce, persuasive et hardie, en raison d'une faculté particulière de diction pleine de charme, avait le don intime de convaincre. Elle ouvrait, comme insensiblement, des perspectives nouvelles dans cette science de l'hydrologie dont il a si puissamment élargi les horizons.

Je me souviens que Gubler — cet autre maître de la thérapeutique hydro-minérale dont j'évoque respectueusement la grande mémoire — me demanda de réunir les matériaux d'un Traité d'hydrologie que nous rédigions ensemble. Quand la tâche fut terminée, je fis un résumé qui devait servir de cadre général à l'ouvrage, et Gubler, après l'avoir lu, me dit : « Allez donc causer de cela avec Max Durand-Fardel ; c'est lui qui connait le mieux les eaux minérales. Il vous donnera des idées et des documents. »

Max Durand-Fardel me reçut avec une bienveillance dont je garderai toujours le souvenir, examina longuement le mémoire, puis, d'une voix lente et un peu inquiète, en indiquait les lacunes et les points faibles, quand tout à coup, son ton s'éleva. Il dit ce que devait être un Traité d'hydrologie, l'ensemble des connaissances cliniques, chimiques et géologiques, que comportait sa réalisation. Et son visage s'illuminait, sa voix prenait de l'éclat, des images parlantes animaient sa démonstration. Il me semblait, en l'écoutant, entendre la magnifique et pénétrante révélation de tout un monde d'idées nouvelles !

Je repris mon manuscrit et le portai à Gubler : « En écoutant Max Durand-Fardel, lui dis-je, j'ai bien vite compris que tout le travail était à refaire. » Et Gubler répondit : « Vous avez raison ; d'ailleurs, nous aurons de la peine à faire un livre meilleur que le sien. »

Et voilà comment notre monstre, suivant l'expression des littérateurs, eut, comme unique et court destin, d'allumer, dès le lendemain, le poêle de la salle de garde de Beaujon !

Max Durand-Fardel fut le grand maître de l'hydrologie contemporaine. Son œuvre est trop connue pour que je me permette de

la rappeler. Il avait, de plus, le don de direction. Il sut imprimer aux études de médecine thermale une envolée dont nous recueillons aujourd'hui les résultats.

Saluons donc sa mémoire, et avant de commencer des travaux dont il a été l'un des initiateurs, envoyons une pensée émue et reconnaissante à cette noble figure dont la science s'honore et qui a bien mérité de l'humanité tout entière.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Etat actuel de la question sur la nature et le traitement de l'appendicite (1),

par les Drs R. Picou et A. Bolognesi,
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

Chapitre VII. — Complications péritonéales généralisées.

XXXVI. — Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici que du traitement des appendicites simples ou à foyers purulents nettement circonscrits. Mais l'infection ne reste pas toujours

(1) Voir les nos des 23 et 30 août, 8, 15, 23 et 30 septembre 1902.

localisée à l'appendice ou à son voisinage. On assiste parfois en effet, avec ou sans intervention préalable, à l'éclosion d'une péritonite généralisée ou même d'une septicémie péritonéale, affections des plus graves dont la terminaison fatale est pour ainsi dire la règle, bien que la rapidité de l'évolution ne soit pas tout à fait la même dans les deux formes.

Dans la *septicémie péritonéale*, qui est une véritable intoxication suraiguë et où la marche des accidents peut être foudroyante, la mort n'arrive en général que vers le quatrième ou le cinquième jour d'après Broca, bien plus tôt, souvent au deuxième jour pour un grand nombre de chirurgiens ; « on meurt intoxiqué, et, comme dans les empoisonnements graves, dans le collapsus par arrêt cardiaque, sans souffrance, en conservant sa lucidité d'esprit ».(1)

Dans la *forme purulente*, qui n'est en somme qu'un vaste abcès, la mort est plus tardive et survient du 7e au 15e jour ; le malade succombe dans le coma et dans l'hypothermie. La statistique de Fitz, qui porte sur 176 décès par péritonites généralisées sans distinction de formes, permet de conclure que la mort se produit surtout vers la fin de la première semaine. (Borderie, *Th. doct.*, Paris, 1809, p. 81.)

Pourra-t-on, dans ces cas, espérer de sauver le malade par une intervention chirurgicale? « Les résultats opératoires ne sont pas brillants et Roux estime que ces cas ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres.

---

(1) La mort serait précédée d'une chute progressive de la pression sanguine due, non pas à la faiblesse du muscle cardiaque, mais bien a la paralysie, d'origine centrale et toxique, des vaisseaux du système splanchnique. La paralysie respiratoire de même origine qui se produit vers la fin, achèverait de réduire à O cette pression sanguine. (Heinecke, *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. LXIX.)

Cependant les membres de la *Société de Chirurgie* en 1899 furent d'avis qu'il fallait opérer et opérer le plus rapidement possible, puisque l'intervention était la seule planehe de salut pour le malade. La plupart des chirurgiens opèrent direetement les deux formes de péritonites généralisées; d'autres font observer que les ehances de sucèes ne sont pas les mêmes au cas de septieémie péritonéale qu'au eas de péritonite purulente proprement dite. Jalaguier estime qu'elle précipite souvent la mort dans le premier eas, tandis que dans le seeond elle peut être effieace; si la péritonite appartient à la forme septique, dit Reelus (*Bull. Acad. de méd.*, 1899), il vaut mieux s'abstenir; ear l'intervention ne ferait que hâter la mort. Roux pense que dans ces cas on peut se eroiser les bras chirurgiealement. » (Borderie.)

Cependant, si l'on consulte les diverses statistiques, on voit par exemple que :

Demoulin	sur 80	opérations	a 60	morts
Mae Burney	24	—	10	—
Richardson	32	—	23	—
Sonnenburg	20	—	15	—
Meyer	9	—	7	—
Jalaguier	25	—	20	—
Schwartz	5	—	4	—
Broea	32	—	28	—
Routier	24	—	11	—
Michaux	8	—	6	—
G. Marehand	5	—	3	—
Peyrot	23	—	20	—
Legueu	5	—	3	—
Kirmisson	16	—	16	—
Monod	6	—	6	—
Chaput	17	—	17	—
Nimier	3	—	1	—
Brun	12	—	7	—
Walther	5	—	2	—
Reynier	13	—	9	—

Soit 72 0/0 de mortalité; mais on constate 28 0/0 de guérisons qui ne se seraient pas produites sans l'intervention chirurgicale (Borderie). Toutefois ces cas de guérison appartiennent à des péritonites purulentes; car, dans la septicémie péritonéale, la laparotomie reste souvent impuissante, à moins d'être pratiquée pendant les 12 premières heures, alors que l'infection n'a pas encore eu le temps d'envahir toute l'économie. Ainsi Jalaguier, sur 12 opérés de septicémie péritonéale, a eu 12 morts, tandis qu'il sauvait 4 malades sur 10 atteints de péritonite purulente généralisée. Nous pensons donc qu'à part de rares exceptions, dont l'indication se trouve fournie par l'état d'adynamie profonde dans laquelle le malade se trouve plongé, — et encore cet état grave, sous l'influence des injections répétées de sérum et de caféine, peut-il parfois s'améliorer suffisamment pour permettre au chirurgien de tenter une intervention — nous pensons, disons-nous, que, dans les formes de péritonite purulente généralisée, l'opération pratiquée le plus rapidement possible est le seul traitement de choix. Encore, pans la détermination à prendre, ne faut-il pas toujours se fier à la rapidité du pouls pas plus qu'à la température. La péritonite purulente généralisée peut, en effet, ne se traduire par aucun signe, si ce n'est l'hyperesthésie, la défense musculaire et la mollesse du pouls (Schwartz, *Soc. Chirurg.*, 21 mars 1900); il faut donc intervenir au moindre doute et sans perdre une minute (W. Meyer, *Med. Record*, 29 février 1896); car les résultats sont d'autant plus favorables qu'on intervient plus rapidement.

XXXVII. — L'intervention, dans la *péritonite généralisée* consiste dans l'évacuation des produits septiques, la résection de l'appendice toutes les fois qu'elle sera possible, et l'établissement d'un large drainage. Sonnenburg, qui, dans

ces cas, ne paraît pas très enthousiasmé de l'intervention, ne serait pas éloigné cependant d'adopter la technique opératoire de Rehn (Bode, *Grenzgebiete*, Bd. VI, p. 286), comprenant de grands lavages à l'eau salée et un drainage général dans la cavité péritonéale. Pour ce drainage, l'auteur que nous venons de citer utilise les données théoriques de l'anatomiste Henke. D'après Henke, la cavité péritonéale présente en certaines régions des rétrécissements de calibre, au niveau desquels l'intervalle séparant la paroi antérieure de l'abdomen de la paroi postérieure de la grande cavité péritonéale, se trouve réduit au minimum. Ces rétrécissements sont au nombre de trois : l'un au niveau de l'ombilic, et les deux autres, symétriques, au niveau de la saillie de chacun des muscles psoas. Ils subdivisent la cavité abdominale en quatre compartiments parfaitement distincts : un compartiment supérieur qui s'étend de la concavité du muscle diaphragme jusqu'au rétrécissement supérieur siégeant au niveau de l'ombilic; deux latéraux correspondant aux deux fosses iliaques et limités en dedans chacun par le bord antérieur du psoas de son côté; enfin un compartiment inférieur médian, compris en haut, entre les deux psoas, et s'étendant par en bas, à travers le détroit supérieur, jusqu'au fond du petit bassin.

Rehn a fondé sur cette division anatomique son procédé de lavage et de drainage combinés de la cavité péritonéale. Après incision sur la ligne médiane, cet auteur dévide les anses intestinales dans toute leur étendue, pendant qu'il les soumet à l'action continue d'un lavage avec une solution salée à la température de 45 à 55° centigrades. Cela fait, et la cavité abdominale étant complètement vidée de son intestin, il inonde systématiquement celle-ci avec la quantité énorme de 30 à 40 litres d'eau salée qu'il fait passer dans tout

le péritoine, en la faisant circuler sur la face convexe du foie, dans la région splénique, dans le cul-de-sac de Douglas, etc. Ensuite il enlève avec précaution le restant du liquide de la cavité péritonéale au moyen de compresses humides. Après un second lavage de l'intestin à l'eau salée, il rentre celui-ci dans l'abdomen. Puis, choisissant une anse supérieure de l'intestin grêle, il pratique dans la racine de son mésentère une fente par laquelle il fait passer un drain. Ce drain, mis en place et incurvé en arc, avec une branche devant chaque face latérale du rachis venant, à droite comme à gauche, reposer au-devant du côlon, ce drain, disons-nous, vient sortir par chacune de ses extrémités, de la cavité abdominale, à travers une incision pratiquée symétriquement de chaque côté. Par les deux incisions latérales ainsi pratiquées, on passe un autre drain qui, avec un troisième drain mis dans l'angle inférieur de l'incision médiane, pénètre jusqu'au fond du petit bassin.

La cavité péritonéale est ensuite fermée par des sutures péritonéo-aponévrotiques, à points séparés. S'il est resté de l'air dans le péritoine, un nouveau lavage à l'eau salée, pendant la suture, servira à l'en débarrasser, laissant finalement dans la cavité péritonéale une quantité encore assez appréciable de liquide. Le patient sera enfin couché dans son lit, la tête élevée, et on lui injectera deux ou trois fois par jour 50 à 150 cc. d'eau salée. Sous l'action du chlorure de sodium, le ballonnement disparaît, et le cours des matières se rétablit, allant même jusqu'à un léger dévoiement. Au bout de 3 à 4 jours, les phénomènes graves se sont amendés. Le drainage est enlevé. (Sonnenburg, *loco citato*, p. 381.)

Guinard (*Traité de Chirurgie* Le Dentu-Delbet, t. VII, p. 513) emploie un procédé à peu près analogue. Il fait une incision

médiane, puis deux incisions latérales : à droite, l'incision de Roux par laquelle il peut aborder l'appendice et le réséquer; à gauche, une incision symétrique. Dans un cas même, il a fait deux incisions complémentaires : une au-dessous de chaque rebord costal, ce qui portait alors les incisions au nombre de cinq. — Legueu (*l'Appendicite*. Paris, Masson, 1897) se contente ordinairement de deux incisions : une médiane, et une au niveau du cæcum, permettant la recherche et l'extirpation faciles de l'appendice.

Peyrot n'est pas d'avis qu'on ferme, dans la péritonite purulente généralisée, les incisions par des sutures : il préfère laisser tous ces orifices béants, en ayant soin seulement de les bourrer de gaze stérilisée, entre les drains placés deux à deux dans chaque ouverture.

Quant à l'appendice, il suffira, dans ce cas où il faut généralement aller au plus pressé, de le lier solidement à sa base avec un fil de catgut ou de soie, puis de toucher sa muqueuse avec le thermocautère dont on se sera servi pour le réséquer.

Le *lavage du péritoine* doit-il toujours être fait? Jalaguier ne le croit indiqué que dans la péritonite purulente à grands enkystements; dans la péritonite diffuse sans adhérences, il lui semble au contraire plus nuisible qu'utile. En tout cas, le lavage du péritoine reste souvent sans effet, les lotions d'eau chaude maniable aux environs de 50° paraissant insuffisants dans les péritonites généralisées. Aussi Moty (de Lille) a-t-il proposé, à la suite d'une intervention heureuse, d'ébouillanter directement et rapidement les anses intestinales les plus atteintes; les tissus ébouillantés, portés pendant 15 à 20 secondes à la température de 70°, ne tardent pas à recouvrer leur vitalité, en même temps que la virulence des germes qui les souillent se trouve considérable-

ment atténuée (*Société de Chirurgie*, 28 mars 1900). Quoi qu'il en soit, si l'on pratique un grand lavage du péritoine, il faudra toujours s'efforcer de le faire aussi complet que possible.

XXXVIII. — La principale indication thérapeutique des jours qui suivent l'opération sera de débarrasser l'organisme, le plus rapidement possible, des produits toxiques qui l'encombrent. Dans ce but, les lavages de l'estomac et de l'intestin pourront jouer un rôle des plus importants. Dans les premiers jours, on se contentera d'évacuer les gaz par l'introduction d'une sonde rectale, puis on administrera des lavements, ensuite des purgatifs. Parfois, au cours de la convalescence, on assiste à des phénomènes de faux étranglement dont la cause peut être diverse, mais qui résultent le plus souvent de l'atonie de l'intestin. Pendant toute cette période, il ne faudra pas oublier de stimuler l'énergie cardiaque, ni d'exciter la diurèse, deux indications au sujet desquelles médecins comme chirurgiens sont tout à fait du même avis.

Voilà pour la thérapeutique chirurgicale des cas qui offrent quelque espoir. Pour les autres, et nous faisons ici surtout allusion aux cas de *septicémie péritonéale* ayant déjà dépassé les premières heures, pendant lesquelles l'intervention chirurgicale peut souvent sauver le malade, on devra se contenter du traitement par la glace, le repos, la diète absolue, les injections de morphine, la caféine et le sérum. Pour empêcher le cœur de faiblir, il faudra dans quelques cas préférer à la caféine, qui parfois excite trop le malade, le strophanthus, les injections sous-cutanées d'huile camphrée, voire même les injections intra-veineuses de sérum. Le sérum administré *largâ manu* devient alors souvent un médicament héroïque.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Médecine générale.

Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire. — Il a été donné à M. Patet d'observer dans le service de son maître M. Poncet (*Revue de Chirurgie*, 10 décembre 1901) diverses modalités de lésions articulaires qui constituent bien des modifications très typiques, d'apparence rhumatismale, de l'infection tuberculeuse sur l'appareil articulaire.

Ce fait *a priori* paraît cliniquement très vraisemblable. Il suffit de se rappeler, dit M. Patet, les expériences mémorables de Villemin, de Chauveau et autres démontrant la nature éminemment infectieuse de la tuberculose. Il y a plus de vingt ans déjà que Trousseau, au cours de ses belles recherches sur la transmission de la tuberculose, affirmait qu'il ne connaissait pas de maladie plus infectieuse. Pourquoi la bacillose, bien connue par son polymorphisme, ne se comporterait-elle pas vis-à-vis de l'appareil articulaire comme d'autres maladies infectieuses avec lesquelles est édifiée la doctrine bien établie des pseudo-rhumatismes infectieux? La clinique a démontré à M. Poncet le bien fondé de cette manière de voir.

L'anatomie pathologique, les inoculations positives ont confirmé ces données. Les toxines tuberculeuses peuvent produire au niveau des articulations des lésions nombreuses, depuis la simple arthralgie jusqu'à la tumeur blanche classique, suivant leur abondance, suivant l'état général du sujet, suivant même l'état local du point atteint.

A côté des pseudo-rhumatismes infectieux, de nature diverse, doit prendre place le rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement des vers intestinaux. — La *Médecine moderne* donne les indications suivantes sur le traitement préconisé par Metchnikoff dans le cas d'ascaris ou de trichocéphale, qu'il considère, ainsi qu'on se le rappelle, comme étant une cause plus fréquente qu'on ne le croit d'appendicite.

Pour les ascaris, M. Metchnikoff recommande la santonine. On sait que la dose est, pour les enfants, de 2 à 5 centigrammes et, pour les adultes, de 10 à 15 centigrammes, soit en dragées ou tablettes ou, mieux, mélangées à de l'huile d'olive. Quelques heures après, il est utile de prendre un purgatif.

Pour le trichocéphale le traitement n'est plus le même, M. Metchnikoff préconise alors le thymol sous la forme suivante :

Pour l'adulte :

Thymol 3 à 4 grammes, à prendre dans la matinée.

Le thymol doit pouvoir se mélanger à une poudre inerte quelconque permettant de l'envelopper dans un cachet.

Le soir, une purgation : ou bien calomel 20 à 30 centigrammes qui suffisent, ou 30 grammes d'huile de ricin.

Pour l'enfant :

Thymol	1 gr.
Huile d'olive	4 »
Gomme arabique	2 »
Sirop d'écorces d'oranges	20 »
Eau distillée	40 »

A prendre par cuillerées à bouche dans la matinée.

Le soir, même purgation que pour l'adulte : 10 à 15 centigrammes de calomel ou 15 à 20 grammes d'huile de ricin.

Le même traitement doit être fait pendant 3 jours de suite.

L'alimentation durant ce temps doit être légére. Il faut s'abstenir absolument de légumes verts crus, de salades, radis, etc., ainsi que de farineux ou de féculents.

Maladies des reins et des voies urinaires.

Traitement des coliques néphrétiques (MALBEC). — 1° Placer le malade dans un grand bain tiède et le laisser dans l'eau pendant une heure.

2° Faire une injection hypodermique d'un centimètre cube avec la solution suivante et renouveler l'injection par demi-centimètre cube toutes les heures, jusqu'à ce que la douleur soit calmée.

Chlorhydrate de morphine...........	0 gr. 10
Eau bouillie........................	10 »

3° Prendre deux fois par jour une pilule contenant :

Poudre d'opium brut...............	ââ 0 gr. 01
Poudre de belladone...............	

N° 20.

4° Régime lacté. Une tasse toutes les deux heures. Boire également de la tisane de *stigmates de maïs.*

En dehors des cerises.

1° S'abstenir de viandes noires et fumées, de gibier, d'oseille, d'asperges, de haricots verts, de tomates et d'épinards.

Pas de boissons alcooliques ni gazeuses, pas de bière, ni champagne, ni eau de Seltz, ni thé, ni café.

Manger des viandes blanches bien cuites, des œufs, des poissons légers, des légumes verts bien cuits, des farineux, des fruits bien mûrs ou cuits.

Boire du vin blanc coupé par moitié avec une eau alcaline légère.

Faire chaque jour des exercices modérés, au grand air. Éviter les excès.

Tous les matins, faire des frictions sèches sur le corps avec le gant de flanelle.

Un bain simple tous les trois jours.

2° Une heure avant le repas, prendre, dans un grand verre d'eau, une cuillerée à café de benzoate de lithine effervescent.

Gynécologie et obstétrique.

Traitement des hémorrhagies utérines (A. Martinet). — Dans les hémorrhagies utérines la *voie hypodermique* doit être préférée ; — on prescrira :

Ergotine Bonjean ou ergotine du Codex..	2 gr.
Eau distillée.......................... Glycérine..............................	10 »

pour injections hypodermiques.

Un centimètre cube renferme 10 centigrammes d'ergotine. On pourra, suivant l'intensité et la ténacité de l'hémorrhagie, injecter dans les 24 heures 1 à 10 cc.

On pourra aussi employer la solution d'*ergotine d'Yvon* dont la conservation est parfaite et qui correspond à son poids d'ergot de seigle. On l'emploiera aux mêmes doses que la solution précédente.

La *forme pilulaire* est souvent assez recommandable en ce qu'elle se prête bien aux associations médicamenteuses et en ce que ce mode d'administration est toujours préféré à la voie hypodermique par les malades pusillanimes. C'est ainsi que dans les hémoptysies consécutives aux congestions passives des cardiopathes, il est tout à fait indiqué d'associer la digitale à l'ergotine ; on pourra prescrire :

Poudre de feuilles de digitale, fraîchement préparée............... Ergotine Bonjean ou extrait aqueux d'ergot de seigle................	ãã 0 gr. 05

F. s. a. pour une pilule ; en faire 20 semblables ; 5 à 12 dans les 24 heures.

On pourra la prescrire en *potion*, soit qu'on veuille réaliser une association thérapeutique particulière, soit qu'on veuille tenter

de l'employer dans certaines hémorrhagies gastro-intestinales. On pourra formuler :

Ergotine du Codex....................	1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères......	ââ 50 »
Eau distillée.........................	

Une cuiller à entremets contiendra 0,10 centigrammes d'ergotine.

Dans le cas d'hémorroïdes, on pourra prescrire l'ergotine en suppositoires :

Extrait aqueux d'ergot de seigle......................	0 gr. 20 à 0 gr. 80
Beurre de cacao ou glycérine solidifiable...............	4 »

F. s. a. pour un suppositoire.

Maladies de la peau.

Traitement de l'acné juvénile d'après L. Brocq. — 1° S'abstenir totalement de café, café au lait, thé, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles de mer, crustacés, gibier, truffes, pâtés, fromages, aliments épicés, oseille, tomates, crudités. Ne pas trop manger de beurre et de graisse.

2° Prendre au commencement de chaque repas un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude..................	0 gr. 30
Magnésie calcinée.....................	0 » 20
Poudre de cascara sagrada.............	0 » 15
Benzonaphtol..........................	0 » 15

Pour un cachet. F. s. a. 20 cachets semblables.

3° Nettoyer la figure avec des tampons d'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli avec 10 grammes de son et une cuillerée à soupe de biborate de soude par litre.

4° Le soir faire un savonnage des points malades avec du savon au naphtol ; y passer ensuite de l'eau-de-vie camphrée.

5° Puis mettre sur les boutons pour la nuit un peu de la pom-

made suivante dans laquelle on augmentera ou diminuera la dose de vaseline suivant l'effet produit :

Naphtol β camphré	0 gr.	30
Résorcine	0 »	20
Savon noir	0 »	20
Craie préparée	0 »	50
Soufre précipité	1 »	50
Vaseline pure	0 »	20

6° Le matin, après la toilette, passer sur la figure du mélange suivant :

Borate de soude	10 gr
Ether sulfurique camphré	40 »
Eau distillée de rose	100 »
— distillée	150 »

(*Arch. de Thérap.*)

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Lavages et pansements secs dans le traitement de l'otorrhée simple. — Intéressante étude, due à M. Marcel Natier (*Journ. des Praticiens*, 21 et 28 septembre 1901), dont les points ci-après sont particulièrement à retenir : 1° Les suppurations de l'oreille peuvent avoir pour siège, soit, par exception, le conduit, soit, plus communément, la caisse. 2° Quelle que soit la provenance de de l'otorrhée, il est imprudent de l'abandonner à elle-même et de compter sur une guérison spontanée. — 3° Deux sortes de moyens sont généralement mis en pratique pour la combattre : *a*) les pansements humides, et *b*) les pansements secs. Les premiers pouvant être très infidèle, mieux vaut leur préférer les seconds. Ceux-ci, exigeant une certaine minutie dans leur application, ne sauraient être confiés au malade lui-même ou à son entourage ; plus encore, il sera bon que le médecin qui se chargera de pareil soin soit suffisamment familiarisé avec cette pratique spéciale. — 4° Dans le cas de complication du côté de

l'apophyse mastoïde, on devra se tenir prêt à intervenir ; mais on évitera de se trop hâter, la guérison pouvant être obtenue par les moyens indiqués et sans qu'il soit nécessaire de recourir aux procédés sanglants.

Traitement de la laryngite aiguë. — Si, dans nombre de cas, la laryngite aiguë guérit seule, dans beaucoup d'autres, il convient de faire suivre une hygiène sévère et d'administrer avec opportunité quelques médicaments.

Comme hygiène, il faut imposer le silence le plus possible, et éviter toutes les causes irritantes, les boissons alcooliques, la fumée de tabac, les poussières, les mets épicés.

Le traitement médicamenteux sera ainsi conduit d'après le Dr M. Boulay :

On peut, au début, essayer d'enrayer le mal par des bains de vapeur, des tisanes chaudes : bourrache, jaborandi, salsepareille, des diaphorétiques comme l'acétate d'ammoniaque. La teinture d'aconit ne paraît pas très active. Il faut s'abstenir des attouchements laryngés au nitrate d'argent. Lorsque les phénomènes inflammatoires sont en décroissance, on peut faire des insufflations laryngées sous le contrôle du miroir. Le calomel (gros comme une lentille) exerce une action décongestionnante manifeste, mais éphémère. Si on emploie les astringents, il les faut peu énergiques et fortement dilués :

1.	Tanin	2 gr.
	Sucre du lait	10 »
2.	Zozoiodol de zinc	1 »
	Sucre de lait	10 »

Lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu, s'il persiste un peu de parésie des muscles intra-laryngiens, on fera des insufflations soit à l'alun, au tanin, à l'oxyde de zinc.

Contre la toux, on emploiera les opiacés, le sirop de morphine, les pastilles de chlorhydrate de cocaïne (6 à 8 par jour).

Si la trachée est un peu irritée, faire des instillations intra-trachéales de 1 à 5 cc. d'huile mentholée au 1/20.

Contre la sécheresse de la gorge, ingérer des tisanes chaudes, sucer des pastilles de jujube, de lichen, faire des inhalations de vapeurs chaudes continues ou discontinues, d'une durée de 5 minutes, dans le dernier cas, de 3 à 6 fois par jour.

Pour les rendre plus efficaces, on peut soit recouvrir la tête et le vaporisateur d'une serviette, soit se servir d'un entonnoir en papier. La vapeur d'eau seule procure généralement une sensation désagréable, on emploiera alors des infusions de tilleul, de camomille, de sureau, d'eucalyptus, ou bien on mettra dans un bol de liquide XX à XXX gouttes d'une des mixtures suivantes :

1. Teinture d'eucalyptus............	âã 15 gr.
Teinture de benjoin..............	
2. Eau de laurier-cerise..............	25 gr.
Alcool à 90°.....................	5 »

Si les phénomènes douloureux sont intenses, faire des révulsions au-devant du cou avec des compresses humides, froides, selon la méthode de Priesnitz.

Pour faire disparaître les sécrétions adhérentes, inhalations d'eau, où on mettra une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque.............	2 gr.
Glycérine................................	2 »
Eau......................................	100 »

ou des pulvérisations d'acide borique, ou des instillations d'huile mentholée, badigeonnages laryngés à l'huile mentholée. Administrer le benzoate de soude à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

FORMULAIRE

Électuaire laxatif.

Poudre de follicules de séné lavée à l'alcool	25 gr.	
Poudre de coriandre	2 »	50
Pulpe de tamarin	50 »	
Sirop de sucre	50 »	

Une cuillerée à café le soir en se couchant.

N. B. — On pourra augmenter la dose de sirop de sucre si l'on désire une masse plus molle.

Pommade contre les douleurs rhumatismales (Maurange).

Salicylate de méthyle		25 gr.
Gaïacol	ââ	5 »
Essence de térébenthine	ââ	5 »
Lanoline		15 »
Vaseline		25 »

M. s. a.

Appliquez rapidement une couche de cette pommade sur la jointure douloureuse et recouvrez immédiatement d'une feuille de taffetas chiffon.

Renouvelez l'application deux fois par jour.

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e

BULLETIN



Cours de vacances. — Bonnes mesures. — L'appendicite et la théorie du vase clos. — La pétition des masseurs et magnétiseurs. — La chaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons plusieurs fois annoncé l'organisation, à l'hôtel des Sociétés savantes, de cours de vacances destinés à mettre les médecins de province ou les étudiants à fin d'études, au courant des dernières découvertes dans les diverses spécialités. Nous sommes donc heureux d'annoncer que cette entreprise si utile a eu un succès des plus remarquables; plus de 220 auditeurs s'étaient fait inscrire, c'est assurément un succès considérable, un succès que nous n'aurions pas osé escompter d'avance. Aussi, sommes-nous heureux d'adresser les plus chaudes félicitations aux organisateurs MM. Leredde et Narchais, félicitations qui s'adressent non seulement au succès lui-même, mais encore et surtout à la manière pratique dont ils ont su établir leur programme. En une dizaine de leçons, pour chaque branche traitée, des médecins peuvent apprendre les éléments de spécialités qu'il leur est nécessaire de connaître : *ophtalmologie*, *thérapeutique des maladies de la peau*, *massage*, *voies urinaires*, etc. Un tel enseignement manquait à Paris et nous sommes heureux de voir des indépendants faire une création pour laquelle d'autres semblaient,

sans doute à tort, mieux désignés par leur fonction même. Cela prouve qu'en France on commence à voir que l'initiative privée a plus de valeur que l'estampille et l'immobilité officielles.



Le ministre des Travaux publics en Prusse vient de prendre un arrêté faisant défense d'afficher dans les gares et dans les compartiments des wagons des réclames charlatanesques. Toutes les réclames de ce genre devront être supprimées d'ici peu.

A son tour M. Augagneur, maire de Lyon, qui a déjà débarrassé les urinoirs des affiches où s'étalaient les promesses les plus belles et aussi les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes, continue cette œuvre d'assainissement dont on ne saurait trop le féliciter par la prise de l'arrêté suivant :

« Vu la loi du 5 avril 1884;

« Considérant que certains écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public, et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation de l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, ou constituant de véritables entreprises d'escroquerie;

« Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception de droits de voirie,

« Arrête :

« *Article unique.* — Sont retirées toutes autorisations déjà accordées, seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir, en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., à l'usage des rhabilleurs, rhabilleurs-masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc. »

*
* *

Pour vérifier la légitimité de la théorie du vase clos dans la pathogénie de l'appendicite, M. Maumus fait connaître dans une communication à l'*Académie des sciences* qu'il a pratiqué la ligature de l'extrémité appendiculaire du cæcum — car ce n'est que chez les anthropoïdes qu'apparaît un appendice vermiculaire comparable à celui de l'homme — chez le cercopithèque à face bleue du Congo (*cercopithecus cephus*). Après deux jours d'abattement, l'animal était complètement rétabli. L'ayant sacrifié au vingt-deuxième jour, il constata à l'autopsie qu'il n'existait chez lui aucune lésion du péritoine. Au niveau de la région ligaturée, on remarquait diverses modifications traduisant des processus défensifs, à savoir la production d'adhérences entre le cæcum et les anses intestinales voisines, l'hypertrophie du tissu musculaire, notamment des fibres circulaires, lesquelles avaient envahi presque complètement la sous-muqueuse, enfin l'apparition de nombreux macrophages englobant les microbes et les cellules susceptibles de donner asile à ces derniers. Le vase clos n'aurait donc pas des conséquences aussi graves que celles que lui attribue M. Dieulafoy.

*
* *

On s'agite fort en ce moment dans le monde des masseurs et des magnétiseurs. Une pétition circule, et si l'on en croit les intéressés, elle porte déjà plusieurs milliers de signatures pour obtenir de la nouvelle Chambre que l'article 16 de la loi de 1892 visant l'exercice illégal de la médecine soit modifié et que « les pratiques du massage et du magnétisme soient permises à toutes

les personnes aptes à le faire, dans le but de soulager et de guérir leurs semblables », mais il n'est pas admissible que la loi qui sagement interdit aux pharmaciens, aux sages-femmes, aux dentistes, malgré leurs connaissances spéciales, l'exercice de la médecine, aille autoriser le premier venu à user vis-à-vis de ses semblables d'un traitement des plus énergiques, et la cour de Rennes a tout dernièrement fait preuve d'un grand souci de la santé publique en condamnant les pratiques d'un empirique. Elle a ainsi répondu au vœu émis au Congrès de 1900 de la Société d'hypnologie demandant que la pratique de l'hypnotisme thérapeutique soit soumis justement à la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.



Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a dû s'occuper de la question de la chaire d'anatomie. On proposait de décider l'incompatibilité des fonctions de professeur d'anatomie avec celle de chirurgien des hôpitaux. Dans ce cas, on aurait réuni les fonctions de chef des travaux anatomiques à celles de professeur, ce qui aurait donné au titulaire de cette dernière chaire une situation de 25.000 francs par an environ. Cette motion a été repoussée. Il a été simplement décidé : 1° qu'aucune aggravation ne serait apportée aux conditions déjà exigibles pour les fonctions de professeur d'anatomie; 2° que le chef des travaux anatomiques, désormais, ne serait plus nommé au concours, mais pris parmi les agrégés, ses fonctions étant annuelles et renouvelables. Toutefois cette mesure ne sera applicable qu'à la fin de la période pour laquelle M. Rieffel, chef actuel des travaux anatomiques, a été nommé.

De ces deux mesures, il résulte que la question du choix d'un « anatomiste de carrière » est écartée et que, en outre, le professeur d'anatomie tiendra en main tout le service, ce qui n'avait pas lieu auparavant, le chef des travaux étant seul maître à l'école pratique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des péricardites (1),

par M. H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Necker.

Le traitement des péricardites est *médical* ou *chirurgical*. Il est seulement médical dans la péricardite sèche et dans la péricardite adhésive, ou symphyse cardiaque, quoique dans ces derniers temps on ait voulu imaginer théoriquement un traitement chirurgical contre les adhérences; il doit rester médical dans les péricardites à épanchement, tant que celui-ci ne compromet pas le fonctionnement du cœur et qu'on peut espérer la résolution parfois rapide du liquide, comme cela survient souvent dans celles qui sont d'origine et de nature rhumatismales. Il est chirurgical par la *paracentèse* du péricarde, lorsque l'abondance et la rapidité de l'épanchement menacent l'existence du malade, ou par la *péricardotomie* avec ou sans lavage de la séreuse, lorsque l'épanchement est chronique et surtout de nature purulente.

(1) Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs la primeur de ce chapitre entièrement nouveau, qui est extrait de la 3e édition du magistral *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*, de M. Huchard, qui va paraître à la fin d'octobre, à la librairie O. Doin. Nous remercions M. Huchard, qui a bien voulu nous donner les bonnes feuilles de ce chapitre.

I. — Péricardite rhumatismale.

Pour la péricardite rhumatismale, il existe, par le salicylate de soude, une médication qui, pour ne pas être curative, possède une action *préventive* (1), absolument applicable au traitement de l'endocardite de même nature. Si beaucoup d'auteurs ne partagent pas cette opinion, c'est probablement parce qu'ils n'obéissent pas aux règles précises qui doivent toujours présider à l'administration du salicylate de soude, surtout dans le rhumatisme aigu des enfants ou des jeunes sujets chez lesquels le cœur est si souvent atteint parce qu'il se comporte comme une articulation, chez lesquels encore les manifestations péricardiques sont particulièrement fréquentes.

Au sujet de ce mode d'administration, il y a trois règles à observer : 1° prescription du salicylate à haute dose dès la première apparition des douleurs rhumatismales ; 2° fractionnement des doses ; 3° continuation de la médication après la sédation des douleurs articulaires.

1° *Il faut agir vite et à haute dose dès le début* (6 à 8 grammes chez l'adulte), et non d'une façon progressive, ce qui fait perdre un temps précieux, cela pour deux raisons : d'abord parce que le salicylate agit d'autant mieux que le rhumatisme est plus aigu et surtout plus récent ; ensuite parce que la précocité du traitement empêche souvent l'invasion des complications cardiaques, lesquelles peuvent se montrer du 3e au 5e jour du rhumatisme, parfois dès le premier jour, et même quelques jours avant toute arthropathie, sur tout dans le jeune âge. Il faut se presser d'agir, d'autant

(1) Huchard. Traitement préventif de l'endocardite aiguë rhumatismale. *Thérapeutique appliquée*, fasc. X. Paris, 1897.

plus que si le médicament peut prévenir l'endocardite ou la péricardite, il n'a aucune action curative sur ces complications, une fois constituées. Mais, ces complications survenant par poussées successives chez les rhumatisants, le salicylate paraît avoir une action curative, alors que seule l'action préventive persiste. Défions-nous, à ce point de vue, des « douleurs de croissance » dont on abuse, du rhumatisme articulaire toujours atténué chez les jeunes sujets, et même dans le doute, agissons rapidement. L'enfant supporte bien des doses relativement fortes de salicylate (50 centigrammes à 1 gramme au-dessous d'un an ; 2 grammes entre 2 et 5 ans ; 3 à 4 et même 5 grammes entre 6 et 10 ans). Ainsi, l'on peut éviter un grand nombre d'affections valvulaires, et aussi la symphyse péricardique dont le pronostic est si sévère pour l'avenir.

2° Le *fractionnement des doses* s'impose en vertu d'une loi thérapeutique d'après laquelle les médicaments à élimination rapide, comme le salicylate, doivent être toujours prescrits à doses fractionnées dans le but d'en impressionner l'organisme d'une façon aussi continue que possible. Il s'impose encore en raison de la nature de la maladie, des allures rapides et fugaces de son micro-organisme encore mal connu, qui indiquent une action médicamenteuse prompte énergique, répétée. D'un moment à l'autre, la maladie peut prendre une nouvelle acuité, et, contre ses retours offensifs et ses soudaines invasions, il faut que l'organisme, toujours sur la défensive, subisse pendant assez de temps l'imprégnation médicamenteuse.

Une faute thérapeutique souvent commise dans le traitement des maladies infectieuses en général et du rhumatisme en particulier, consiste à faire absorber la dose entière du médicament pendant la journée, et rien pendant la nuit.

Or, pendant la nuit, le rhumatisme veille et ne sommeille pas ; dans cette maladie, on constate souvent l'intégrité du cœur, le soir, par exemple, et son atteinte le lendemain matin. Le plus ordinairement, c'est parce qu'on a laissé le malade sans traitement pendant 8 à 12 heures. Donc, la médication *nocturne* du rhumatisme articulaire aigu s'impose toujours.

3° Le *traitement salicylé ne doit jamais être cessé brusquement;* il doit être encore continué à dose moindre pendant 8 à 10 jours après la disparition des douleurs articulaires. Car il existe des endocardites et des péricardites, en apparence post-rhumatismales; je dis « en apparence », parce qu'un certain endolorissement articulaire est là souvent pour démontrer que le malade n'est pas encore à l'abri des complications cardiaques. Défiez-vous aussi de l'*action dissociée* du médicament; il a vaincu la fièvre en laissant subsister pendant des semaines encore quelques douleurs articulaires, ou plus rarement il a fait disparaître celles-ci en laissant un léger état fébrile. Alors, auscultez souvent le cœur et prescrivez encore le salicylate, parce que les rechutes sont toujours à craindre et parce que la trêve des complications endo-péricardiques n'est pas encore nettement survenue. L'action *préventive* des complications endo-péricardiques par l'administration hâtive du salicylate ne fait aucun doute, et nous avons remarqué, comme Gee et T. Roberts (1), la rareté des péricardites rhumatismales avec grand épanchement depuis l'emploi de ce médicament.

Malheureusement pour les autres péricardites secondaires, cette médication préventive n'existe pas. Nous sommes donc amené à étudier le traitement de la péricardite sèche, de la

(1) *System of medicin*, t. V, 1898.

péricardite avec épanchement séro-fibrineux ou purulent, de la péricardite tuberculeuse, de la péricardite adhésive. Le traitement chirurgical comprendra ensuite la description de la paracentèse du péricarde et de la péricardotomie.

II. — Péricardite sèche.

Dans toute péricardite aiguë, il y a lieu de combattre les symptômes d'éréthisme cardiaque qui en marquent parfois le début, ceux du processus anatomo-pathologique lui-même, enfin ceux de l'affaiblissement du myocarde.

Si l'on voulait réunir tous les médicaments qui ont été proposés contre cette maladie, on arriverait, comme nous l'avons vu pour l'angine de poitrine, à un total capable de jeter la confusion dans les esprits.

Médications ou médicaments inutiles et nuisibles. — De ce nombre sont, par exemple : la *vératrine*, que Friedreich recommandait, sans grand enthousiasme du reste, dans le but de diminuer la fréquence du pouls, et le *tartre stibié* à haute dose, employé par Jaccoud. Or, ces deux médicaments sont non seulement inutiles, mais nuisibles en raison de l'adynamie cardiaque qu'ils peuvent arriver à produire. Les mêmes remarques s'appliquent à l'*hydrate de chloral* que G. Balfour a recommandé à titre de sédatif du cœur.

Il en est de même des *saignées générales* qui ont trouvé d'ardents défenseurs chez Bouillaud, Hope et Gendrin, avec la pensée qu'elles étaient capables de « juguler » la maladie. Pour montrer à quelles erreurs et exagérations peut conduire l'esprit de système, il suffit de citer ce passage de Hope : « La perte de quelques heures, au début de la maladie, peut être irréparable... Si la maladie est récente et

si l'état des forces le permet, il faut pratiquer d'abord une large saignée; l'incision de la veine doit être grande, et le malade sera saigné debout, dans le but de déterminer l'imminence d'une syncope! » Bouillaud, qui avait institué cette méthode des saignées répétées, vantait ses succès « vraiment inespérés » et prétendait avoir vu céder à des émissions sanguines généreuses, dans l'espace de 3 à 5 jours, presque toutes les péricardites qu'il avait rencontrées. Gendrin est beaucoup moins exclusif et il discute l'opportunité du traitement. Depuis cette époque, une réaction salutaire s'est produite contre l'emploi de la saignée générale, capable d'aggraver la maladie, parce qu'elle affaiblit non seulement le malade, mais encore son cœur.

Que dire du *mercure*, du *calomel* à doses fractionnées ou élevées jusqu'à salivation, médicaments introduits dès 1783 dans la pratique médicale par Hamilton et par Vogel à titre de résolutifs et d'antiphlogistiques, recommandés ensuite par Latham, Graves, Hope, Stokes, Elliotson, Fuller, Shearman, Taylor, et encore employés journellement par les médecins anglais? Ils abrègent la maladie, disent les uns; ils peuvent éviter les adhérences, proclament les autres. Or, rien n'est moins démontré, et il faut se ranger à l'opinion déjà ancienne de Bartholomé, Gendrin, Gairdner, Bamberger et Leudet, qui en ont condamné l'emploi. « L'action antiphlogistique du mercure, a dit Gendrin judicieusement, n'est qu'une hypothèse déduite d'une appréciation erronée des effets que ce moyen thérapeutique exerce sur l'organisme. » Les frictions à l'*onguent mercuriel* sur la paroi précordiale sont également inutiles, et Friedreich a raison d'affirmer qu'elles n'ont certainement pas l'efficacité qu'on leur a attribuée.

Passons sur les autres médicaments : sur le *tartrate d'anti-*

moine combiné avec le sulfate de magnésie et le calomel, sur l'emploi de III à V gouttes d'une solution de 5 centigrammes de *sublimé corrosif* dissous dans 12 grammes d'alcool rectifié (Eulenberg); sur le *nitrate de potasse* à haute dose auquel Aran attribuait une action antipyrétique; sur l'administration de l'*iodure de potassium* ou *de sodium* associés ou non à la teinture de digitale; sur l'emploi des préparations ferrugineuses et surtout du *perchlorure de fer*, médicaments proposés par Pize d'abord, puis par Barudel, enfin par Frederik T. Roberts (1); sur les *vésicatoires* vantés surtout par Corvisart, Ph. Pinel, Hope, Bouillaud et Gendrin, dont la principale indication consiste à ne pas être indiqués surtout dans les maladies infectieuses aiguës, comme je l'ai démontré à plusieurs reprises et contre lesquels, dès 1835, Louis s'était déjà élevé en affirmant que « leur utilité dans les phlegmasies de la poitrine est de plus en plus problématique (2) ». Ils peuvent être indiqués pour atténuer certaines douleurs locales (et encore nous avons à notre disposition de meilleurs moyens), pour combattre peut-être certains épanchements chroniques et les adhérences péricardiques; mais, dans les péricardites aiguës et infectieuses, ils doivent être absolument proscrits.

Médications utiles. — *a.* Si les saignées générales sont contre-indiquées, il n'en est pas de même des *émissions san-*

---

(1) Pize (de Montélimar) avait dit que le perchlorure de fer ralentit le cœur (*Moniteur des hôpitaux*, 1857). Un an plus tard (*Gaz. hebd.*, 1858) Barudel cherchait à démontrer l'action sédative de ce médicament sur la circulation générale. A ce sujet de nouvelles expériences sont nécessaires.

(2) H. Huchard. Le procès du vésicatoire. *Acad. de méd.*. 1897. — Louis. Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires. Paris, 1835.

guines locales par les sangsues et surtout par les ventouses scarifiées. Elles sont certainement sédatives dès le début de la maladie, pour les douleurs, les palpitations, l'éréthisme cardiaque ; elles peuvent même diminuer le processus inflammatoire en enlevant par l'intermédiaire des mammaires internes directement du sang aux vaisseaux du péricarde externe. Depuis Bartholomé (1847), tous les auteurs partagent cet avis, et Gendrin recommandait de faire pratiquer l'émission sanguine locale vers le sommet de la région précordiale sur le bord du sternum « pour se rapprocher de l'origine des plus nombreux et des plus riches rameaux vasculaires communs au péricarde et aux parties environnantes ». Ainsi que l'a fait remarquer G.-H. Roger (1), les ventouses scarifiées appliquées sur la région du cœur n'agissent pas du tout comme une saignée générale, et on peut en grande partie les faire rentrer dans la classe des révulsifs, lesquels se comportent différemment : les uns, en congestionnant la peau, comme les *sinapismes* et les *pointes de feu*, modifient l'hydraulique sanguine; les autres, comme les *ventouses sèches*, extravasent une certaine quantité de sang; les autres enfin (ventouses scarifiées) dégagent le système veineux afférent à l'organe malade. Modérer la réaction inflammatoire qui peut dépasser le but, telle est l'indication thérapeutique, et G.-H. Roger en donne un judicieux exemple : Une lésion cutanée bénigne, comme un furoncle, peut développer à son voisinage un œdème parfois énorme. Quand il s'agit de la peau, l'inconvénient peut être de légère importance; mais, quand il s'agit du cœur, la diffusion de la lésion pourra avoir de graves conséquences. « Voilà pourquoi, ajoute-t-il, la révulsion s'impose et qu'elle est

(1) G.-H. Roger. Les maladies infectieuses. Paris, 1902.

d'autant plus utile que la partie atteinte est plus élevée dans la hiérarchie organique. »

b. L'emploi de *topiques réfrigérants*, d'une vessie de *glac* sur la région précordiale, a été surtout préconisé par Gendrin pour combattre les phénomènes d'éréthisme cardiaque, les palpitations, et il avait soin d'en défendre l'application trop prolongée, parce qu'elle serait capable de déprimer l'action de l'appareil circulatoire et du système nerveux. En Allemagne, les médecins, parmi lesquels Friedreich tout d'abord, se sont beaucoup inspirés de cette pratique très recommandable. Car, ainsi que le fait remarquer G.-H. Roger, l'action est complexe : déperdition de calorique, augmentation de tonicité des muscles vasculaires et du myocarde, resserrement des vaisseaux superficiels et même profonds, les expériences de Frédéricq ayant démontré que l'application de glace sur le crâne arrive à produire non seulement le resserrement des artérioles cutanées, mais aussi celui des artérioles méningées par une véritable vaso-constriction réflexe. La réfrigération locale de la paroi précordiale ralentit le cœur et augmente la tension artérielle.

L'application de la *chaleur* a été combattue par Bamberger et Friedreich, en raison de l'accélération des battements du cœur dont elle est suivie, comme les expériences de Calliburcès (de Naxos) l'ont autrefois démontré (1). Cependant, dans certains cas de péricardites très douloureuses, je n'hésite pas à y recourir, parce que ce moyen peut contribuer, non seulement à accélérer les mouvements du cœur, mais aussi à fortifier la contractilité du myocarde susceptible de s'affaiblir jusqu'à la syncope sous l'influence de

(1) Calliburcès. L'influence de la chaleur sur l'activité du cœur. *Gaz. hebd.*, 1857.

fortes douleurs, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales de Mantegazza (1).

c. L'*opium* a été employé par Gendrin aux doses de 15 à 20 centigrammes par jour, dans le but de calmer les accidents nerveux « à forme spasmodique », tandis qu'il réservait le *musc* pour les symptômes délirants. Or, ceux-ci ne sont pas à combattre puisqu'ils font défaut dans la période de début des péricardites, et d'autre part tout en reconnaissant que les doses d'opium indiquées sont trop élevées, je trouve exagérée, sinon erronée l'opinion de Bernheim qui accuse ce médicament d'accentuer encore la faiblesse cardiaque, d'augmenter et même de provoquer l'asystolie. Au contraire, j'ai contribué à confirmer l'opinion ancienne de Sydenham qui regardait l'opium comme un « excellent cordial », et dernièrement Ewald, sans connaître les travaux français à ce sujet, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions (2).

d. Lorsque se présente l'indication, non seulement de combattre l'éréthisme cardiaque, mais aussi de calmer les symptômes douloureux, parfois prédominants, les applications locales de *salicylate de méthyle* sont indiquées, et j'y ai recours avec grand avantage ainsi qu'à une pommade renfermant 10 à 15 grammes de ce médicament pour 50 grammes d'excipient (3).

---

(1) Mantegazza. Influence de la douleur sur la calorification et les mouvements du cœur. *Gazetta med. ital. lombardia*, 1866.

(2) H. Huchard. *Journ. de Thérap.*, 1876. — L. Renault. Opium dans la médication tonique. *Thèse de Paris*, 1876. — Gubler (*Soc. méd. des hôp.*, 1858) disait : « Porté dans la circulation, l'opium donne de la plénitude au pouls, élève la température, etc. »). — C. A. Ewald. *Berl. klin. Woch.*, 1901.

(3) Pommade au salicylate de méthyle : lanoline, 30 grammes; vaseline, 20 grammes ; salicylate de méthyle, 10 grammes; menthol, 5 grammes ;

e. La *digitale* est un médicament précieux qu'il faut savoir utiliser au début et dans le cours de la péricardite aiguë, sans s'arrêter aux objections erronées que Graves et Stokes opposaient à son emploi. D'après le dernier auteur, la digitale ne donnerait aucun résultat, tant que le cœur reste soumis à ce qu'il appelle « l'excitation inflammatoire » ; elle peut être dangereuse dans les périodes avancées de la maladie lorsqu'il y a débilitation de l'organe, elle ne devrait être administrée que dans le cas où, après la cessation de la fièvre et la disparition des signes physiques, « le cœur se contracte avec une énergie anormale ». On verra que toutes ces propositions sont entachées d'erreurs. De son côté, Gendrin paraît surtout craindre les accidents gastriques à la suite de son emploi, et c'est pour cette seule raison qu'il recommande les petites doses. Puis, Bernheim veut faire dépendre les indications de la digitale de l'état du muscle cardiaque. Si celui-ci est dégénéré ou enflammé, il devient incapable d'un travail actif, et alors « le cœur ne gagnant plus en force ce qu'il perd en vitesse, l'insuffisance fonctionnelle est accrue de par la digitale ». Il ne croit le remède utile que dans les cas « où la faiblesse cardiaque est plutôt d'origine nerveuse que musculaire, où elle résulte de l'innervation affaiblie du cœur, sa musculature étant suffisamment conservée ». Or, en voulant ainsi poser des règles pour l'emploi du médicament, on peut dire que l'auteur les a du même coup supprimées. Il est d'abord absolument inexact d'affirmer et de répéter toujours que l'impuissance de la digitale marche de pair avec l'impuissance du myocarde,

---

essence de lavande (pour désodoriser), 1 gramme. (Appliquer gros comme une noisette sur les points douloureux et recouvrir ensuite d'une couche d'ouate avec taffetas gommé.)

que l'une dépend de l'autre; car la digitale réussit au contraire parfaitement sur le myocarde profondément dégénéré de la cardio-sclérose, comme le démontre l'expérience et comme l'enseigne la physiologie, le médicament portant son action sur l'appareil circulatoire tout entier. D'autre part, la myocardite d'origine péricardique est plus rare qu'on le pense, et comment reconnaître sûrement cette myocardite, comment démêler ce qui appartient à l'affaiblissement nerveux ou musculaire du cœur?

L'indication de la digitale au début même de la péricardite ou dans son cours est chose beaucoup plus simple : elle s'adresse surtout à l'éréthisme de l'organe, aux palpitations, à la tachycardie, elle ne vise pas une action antifébrile ou antiphlogistique, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu. Le mode d'administration doit être simple également, et l'on doit condamner les associations médicamenteuses proposées par Friedreich et renouvelées par Eichhorst (infusion de feuilles de digitale avec nitrate de potasse et de soude, acide phosphorique, élixir de Haller, etc.). Il faut se rappeler : que, « dans un médicament il y a plusieurs médicaments »; que la dose massive de 1 milligramme de digitaline cristallisée pendant un seul jour est une dose *anti-asystolique*; que les doses faibles et répétées pendant cinq jours au plus (tous les jours un granule de digitaline d'un quart de milligramme, ou encore X à XII gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième) sont des doses *sédatives* du cœur. C'est ce dernier mode d'administration qu'il convient d'adopter, et la digitaline cristallisée, fixe, stable et invariable, est toujours préférable aux tisanes, aux infusions, aux macérations de digitale. Enfin, en utilisant la lenteur d'action et d'accumulation de la digitale, il est un troisième mode d'administration de ce

médicament auquel j'ai recours, non seulement dès le début des endocardites ou des péricardites, mais encore dans le cours des cardiopathies chroniques en imminence d'insuffisance myocardique. Je répartis en douze ou quinze jours la dose de 1 milligramme de digitaline cristallisée, et c'est ainsi qu'on arrive à constituer une dose d'*entretien cardiotonique*, d'après cette formule : un demi, ou un milligramme de digitaline cristallisée pour 300 grammes d'eau (trois cuillerées à dessert par jour pendant douze à quinze jours). Sans doute, par cette méthode, l'action cardio-tonique de la digitale ne se fera réellement sentir qu'après six ou huit jours, mais elle maintiendra le myocarde dans un état de tonicité suffisante pour prévenir sa défaillance progressive.

f. Stokes avait bien vu que dans le cours de la péricardite, « l'affaiblissement du cœur peut se montrer subitement ». Cet accident est rare et exceptionnel sans doute à la première période de la maladie, à la phase de péricardite sèche. Cependant, il convient d'être armé contre cet accident, et comme la digitale agit lentement, malgré son action tonique, sur le myocarde, on ne peut ici espérer en obtenir un résultat immédiat, lorsqu'on l'emploie sous forme d'injections sous-cutanées d'après une nouvelle préparation digitalique (1). Le mieux est de recourir aux injections sous-cutanées d'*huile camphrée*, d'*éther*, de *caféine*, de *sérum artificiel*, tout en administrant une dose d'un demi-milligramme de digitaline cristallisée. Contre la défaillance du myocarde,

(1) D'après un procédé imaginé par Rosenthal et Martignac (*Journ. des Prat.*, 1902), la digitaline cristallisée de Nativelle reçue dans un récipient huileux en injections sous-cutanées aux doses de 1/4 à 1/2 milligramme et même davantage, ne provoque ni douleur, ni irritation inflammatoire du tissu hypodermique. C'est ce qui résulte de recherches poursuivies sur ce sujet dans notre service par notre élève Durand (Des injections sous-cutanées de digitaline. *Thèse de Paris*, 1902).

on a proposé (F.-T. Robert) l'association de la *strychnine* et de la digitale. Je ne sais pas ce que vaut cette association, et cependant je la condamne en vertu de ce principe de thérapeutique physiologique sur lequel on ne saurait trop insister : la digitale, médicament actif par excellence, dont la propriété physiologique est bien connue, ne doit être associée qu'à des remèdes possédant une action synergique, et, à vrai dire, il est préférable, presque toujours, de ne l'associer à aucun autre médicament.

g. Pendant cette période, le malade sera soumis au *régime lacté* ou *lacto-végétarien*, non pas seulement pour assurer, comme on l'a dit théoriquement, l'élimination des toxines microbiennes ou autres, mais dans le but de diminuer, de faciliter le travail du cœur en détendant le frein vasculaire trop serré par d'autres toxines beaucoup plus importantes, les toxines vaso-constrictives de l'alimentation carnée. Dans certains cas même, on doit, pour répondre à cette indication primordiale de la suppression ou de l'atténuation des obstacles vasculaires au-devant du cœur, prescrire de temps en temps des médicaments vaso-dilatateurs : *trinitrine*, *tétranitrol*, *nitrite d'amyle*. Cette indication se rencontre plus souvent qu'on le croit, surtout au début de la péricardite et alors que les lésions sont encore superficielles. Les malades présentent en effet une pâleur parfois très accentuée des téguments, résultat de réflexes vasculaires partis du péricarde et capables, lorsqu'ils atteignent les artères nourricières du cœur, d'aboutir à de vives douleurs angineuses.

Telles sont les indications thérapeutiques principales qui peuvent se montrer au début ou au cours d'une péricardite aiguë, et tels sont les médicaments qui répondent le mieux à ces indications. Sans doute, on doit se préoccuper encore

du traitement de la cause de la péricardite, de la maladie infectieuse qui lui a donné naissance. Malheureusement, la médication vient ici presque toujours trop tard, puisque la maladie infectieuse a fait son œuvre sur le péricarde. Le mieux est donc d'instituer le traitement des graves états infectieux par l'emploi de l'*acide benzoïque* ou du *benzoate de soude*, médicaments capables, d'après A. Robin, d'augmenter les processus d'oxydation et de favoriser en les solubilisant la sortie des déchets de désassimilation. Cette sortie est favorisée par les *boissons abondantes* et *diurétiques*, le *laitage*, la *théobromine*. Le travail de phagocytose peut être favorisé et stimulé par les lavements et les *injections de sérum artificiel* qui tendraient à provoquer une abondante prolifération de la moelle osseuse. Or, « ce tissu fournissant à l'économie la plus grande partie des leucocytes chargés de sa défense, on comprend les excellents effets de cette thérapeutique, dans tous les cas où les réactions de l'organisme semblent insuffisantes ». (G.-H. Roger.)

Nous insistons beaucoup sur les principes de cette dernière médication, applicable au traitement des maladies infectieuses et sur laquelle nous n'aurons plus à revenir.

IV. — Péricardite liquide.

L'épanchement péricardique est constitué, il reste stationnaire, ou il augmente sans compromettre sérieusement le fonctionnement cardiaque. Il n'y a donc pas indication à intervenir chirurgicalement.

L'épanchement s'est produit assez rapidement, comme cela survient dans la péricardite rhumatismale, mais le cœur continue à battre régulièrement, et avec une faiblesse toute relative qui ne menace pas l'existence. Il faut *savoir*

attendre, puisque la clinique nous enseigne la possibilité de la résolution également rapide et spontanée de la péricardite rhumatismale, même avec grand épanchement.

Une dyspnée intense s'est installée atteignant l'orthopnée, avec symptômes d'asphyxie, cyanose, engorgement considérable du système veineux; mais peu ou pas d'œdème périphérique, aucun signe encore d'asystolie. Il s'agit ici, soit d'un épanchement considérable arrivant à comprimer les deux oreillettes, soit de thrombose cardiaque qui est une des fréquentes complications d'épanchement péricardique. Une indication surgit immédiatement, non pas de la digitale, qui ne peut rien contre cette asphyxie d'origine mécanique, mais d'une large *saignée générale*, qui peut retarder, même indéfiniment comme j'en ai vu un exemple, l'opération de la paracentèse à laquelle on doit déjà se préparer.

La péricardite est devenue subaiguë ou chronique, l'épanchement persiste avec ou sans adhérence péricardiques, avec ou sans myocardite. Nous avons devant nous le tableau symptomatique de l'asystolie avec ses stases viscérales, ses œdèmes périphériques, la rareté des urines qui peuvent devenir albumineuses. Alors s'impose l'administration du médicament anti-asystolique par excellence, de la *digitale* à dose élevée (1 milligramme de digitaline cristallisée pendant un jour ou deux).

D'autres fois, l'asystolie se cantonne au foie, surtout dans la péricardite tuberculeuse ; il y a bien des œdèmes d'origine cardiaque contre lesquels l'action digitalique se fait sentir, mais il y a aussi des hydropisies d'origine hépatique (ascite), d'origine mécanique par compression des masses tuberculeuses. Contre ces dernières hydropisies, la digitale est impuissante. Par la *théobromine* il faut agir sur le rein.

Tout à coup, dans le cours d'une maladie infectieuse à forme hémorragique, dans le cours d'une pachypéricardite à fausses membranes traversées par des néo-vaisseaux à parois frêles et fragiles, ou encore dans les péricardites scorbutiques du Nord de la Russie, tout à coup, dis-je, un épanchement rapide et abondant comprime brutalement le cœur et menace de l'arrêter : état des plus graves, avec lipothymies, syncopes, petitesse du pouls, etc., qui indique d'urgence la *paracentèse* du péricarde. — L'asystolie d'origine péricardique a pu céder à la digitale, mais elle récidive, devient permanente et irréductible, l'épanchement du péricarde est devenu chronique et ne peut plus se résorber : encore indication de la paracentèse.

L'épanchement est purulent (d'origine pneumococcique ou autre). Quand il est d'origine pneumococcique, une seule ou plusieurs ponctions du péricarde peuvent suffire. Dans tous les autres cas, c'est l'indication de la *péricardotomie* avec ou sans lavages de la séreuse.

On le voit, le problème réside dans les indications thérapeutiques. Quant à espérer résoudre un épanchement péricardique par des dérivatifs intestinaux, par des purgatifs salins ou drastiques, par des sudorifiques, par les diurétiques, par la digitale et par d'autres moyens encore, il n'y faut pas songer, et c'est entretenir la plus fâcheuse des illusions thérapeutiques que rééditer à ce sujet tout ce qui est redit dans quelques livres. On ne peut pas plus faire disparaître par ces moyens l'épanchement inflammatoire du péricarde qu'on ne peut résoudre celui de la plèvre ou du péritoine. Si la digitale diminue parfois quelques-uns de ces épanchements, c'est qu'ils sont complexes, d'origine à la fois inflammatoire et cardiaque. Lorsque Gendrin a dit, et que d'autres auteurs ont répété après lui, que la digitale

peut concourir à « favoriser la résolution de l'inflammation du péricarde et à préparer la résorption de l'épanchement qu'elle a provoqué », lorsque ensuite il a craint par cette médication l'affaiblissement résultant des déperditions urinaires, il s'est doublement trompé; ces déperditions urinaires ne sont pas à craindre puisqu'elles ne peuvent se produire que dans le cas d'hydropisies cardiaques ; cette résolution de l'épanchement n'est pas à espérer puisque la digitale est toujours impuissante pour résoudre un exsudat liquide d'origine inflammatoire. Sans doute, par là se rétrécit de plus en plus le cercle de notre action médicamenteuse; mais, en thérapeutique, *melius est sistere gradum*, et il importe d'abord de ne pas prescrire de médicaments inutiles qui peuvent devenir nuisibles.

Ce qui a donné l'illusion de la puissance des diurétiques, des médicaments cardiaques, des purgatifs sur les épanchements péricardiques, c'est le fait suivant : Lorsque, dans les épanchements péricardiques inflammatoires, survient l'asystolie, celle-ci peut déterminer, augmenter par elle-même l'épanchement du péricarde dont la composition devient complexe, puisque l'hydropisie du péricarde s'ajoute à l'épanchement inflammatoire de la séreuse et alors la digitale sans action sur ce dernier agira sur l'hydropisie du péricarde, puisqu'elle est par excellence le médicament des œdèmes et des hydropisies cardiaques. Dès qu'on aura vaincu par elle les troubles asystoliques, on aura diminué l'épanchement du péricarde, mais une partie de celui-ci étant d'origine inflammatoire restera irréductible, de sorte qu'encouragés par un demi-succès, par la résorption d'une certaine quantité de liquide, quelques médecins ont une tendance à continuer l'administration du médicament : faute grave contre laquelle il faut protester, puisqu'elle peut

conduire à l'affaiblissement du myocarde et à l'asystolie digitalique.

V. — Péricardite tuberculeuse.

Avant d'aborder le traitement dans son mode opératoire, il importe de parler de la péricardite tuberculeuse qui présente des caractères très spéciaux.

Le traitement est *palliatif* et *curatif*. Le premier s'adresse surtout à l'asystolie. Malheureusement, dans la plupart des cas, surtout dans l'asystolie hépatique, la digitale est impuissante pour résoudre les épanchements, ceux du péricarde, des plèvres et de l'abdomen, parce qu'ils sont de nature tuberculeuse et que l'ascite procède de l'état du foie; elle est impuissante encore contre les symptômes d'insuffisance myocardique. Alors le mieux est de recourir aux *diurétiques*, au *régime lacté*, à plus forte raison lorsqu'il y a complication de néphrite, à la *théobromine* dont l'action est encore très limitée dans les cas rebelles. La médication devient alors purement symptomatique, et il est à douter que les préparations de *cacodylate de soude* ou de *méthylarsinate de soude*, trop vantés contre la tuberculose elle-même, puissent donner de bons résultats.

Dans les péricardites avec épanchement rapide, et principalement dans les péricardites hémorragiques, les *injections sous-cutanées de gélatine*, la *paracentèse* hâtive du péricarde s'impose parce qu'il s'agit d'éviter ou de retarder les effets funestes d'une compression subite du cœur. Les simples laparotomies, même sans lavage péritonéal, sont parvenues à guérir des péritonites tuberculeuses, et l'on peut se demander si la *péricardotomie* n'aurait pas les mêmes effets. On devrait certes la tenter, surtout lorsque la maladie est

primitive ou qu'elle se présente chez un malade avec des lésions tuberculeuses peu avancées des autres organes. C'est là certes la médication de l'avenir, puisqu'on a cité des guérisons de péricardites purulentes par la péricardotomie suivie de lavages de la cavité séreuse.

Un traitement médico-chirurgical a été une fois pratiqué par Rendu. Après avoir retiré de la cavité péricardique la quantité énorme de 1.250 cc. d'une sérosité citrine, très fibrineuse, il introduisit dans la cavité, par la canule restée en place, 1 gramme de *naphtol camphré* pur, et, après deux mois et demi environ, le liquide ne s'était pas reproduit, la péricardite étant devenue plastique et adhérentielle grâce au processus phlegmasique, en quelque sorte curateur, dû à l'action du naphtol camphré sur la face interne du péricarde. Mais il ne s'agit là que d'une seule observation; elle n'est pas absolument concluante, non seulement parce qu'il est démontré que les tuberculoses des séreuses peuvent guérir spontanément, mais surtout parce que le malade a été ensuite perdu de vue et qu'on ne peut affirmer, après quelques mois, la guérison d'une maladie dont l'évolution a une durée presque toujours plus longue. En tout cas, cette médication doit être employée avec prudence, et pendant les jours qui suivirent la paracentèse péricardique suivie de l'injection de naphtol, des accidents d'une extrême gravité survinrent qui mirent sérieusement pendant cinq jours la vie en grand danger : sueurs profuses, tendances à la lipothymie, tachycardie excessive (160 à 180 pulsations), pouls petit, ondulant, à peine perceptible, signes de défaillance cardiaque, œdème des membres inférieurs, diurèse insuffisante.

VI. — Péricardite symphysaire.

Le traitement *médical* s'adresse à la symphyse cardiaque elle-même, puis à l'asystolie symphysaire. Dans la symphyse tuberculeuse, il n'y a rien à faire et, seules, les prescriptions hygiéniques dont nous parlerons plus loin peuvent avoir de la valeur. Comme nous l'avons déjà dit, il serait possible, en se fondant sur les bons effets de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, qu'une simple incision péricardique fût capable d'arrêter l'évolution des lésions, puisque le seul contact de l'air peut avoir pour résultat l'atténuation de la virulence bacillaire.

Lorsqu'il s'agit de la forme rhumatismale, il faut : soustraire les malades à toutes les causes de récidives du rhumatisme; administrer le *salicylate de soude* à haute dose à la première apparition d'une manifestation rhumatismale quelconque; les soumettre au *repos* absolu pendant des semaines et même des mois; éviter toutes les causes capables d'augmenter le travail du cœur, efforts prolongés, exercices violents, montées d'étages, fatigues, excès; prescrire une vie tranquille et calme, des occupations sédentaires; interdire l'usage de la bicyclette et recommander une alimentation lacto-végétarienne. Dans le but encore de calmer l'éréthisme cardiaque, il faut prescrire de temps en temps, toutes les trois semaines ou tous les mois, la *digitale* ou la digitaline à petites doses, c'est-à-dire à doses sédatives, sans s'arrêter à cette opinion exagérée de G. Sée qui pense que le médicament est mal supporté au-dessous de 6 ans, ni à cette autre opinion que dans ces cas le médicament peut augmenter la dilatation du cœur et sa surcharge sanguine. Le fait peut être vrai, quand on prescrit la digitale à haute

dose contre l'asystolie symphysaire ; il est inexact, lorsqu'on la prescrit à dose faible, c'est-à-dire sédative, ou encore lorsqu'on met en usage la dose d'entretien cardio-tonique (1 milligramme de digitaline pendant quinze jours, tous les mois ou toutes les six semaines). Quand la fièvre a cessé, la médication *iodurée* (15 à 25 centigrammes d'iodure de potassium) est indiquée.

Quelques auteurs prescrivent, avec les vésicatoires, les cautères et les pointes de feu, une *révulsion* large et continue; quelques-uns, même avec Weill, la veulent « sans pitié ». Nous réclamons au contraire un peu de pitié pour des malades rarement améliorés par cette médication révulsive à outrance.

Quand l'asystolie s'est déclarée, les préparations de digitale ou de *digitaline à haute dose* (1 milligramme de digitaline chez l'adulte, un demi-quart de milligramme au-dessous de 5 ans), c'est-à-dire à dose anti-asystolique, sont indiquées tout d'abord; si elles échouent au bout de quelques jours, ce qui arrive souvent dans cette forme d'asystolie, il faut alors avoir recours à la médication diurétique, par le *lait*, par la *théobromine* (1 gr. 50 à 2 grammes par jour). Ce dernier médicament peut être prescrit à la dose de 75 centigrammes par jour au-dessous de 6 ans. Le *convallaria* peut encore produire de bons effets; le *strophanthus* et la *spartéine* sont inefficaces.

Le traitement *chirurgical* a été simplement indiqué comme possible par Delorme, mais il n'a pas encore été appliqué (1). Il s'agirait d'ouvrir le thorax au niveau du cinquième cartilage costal et d'aller sectionner ou détruire sur place les

(1) *Société de chirurgie*, 1898.

adhérences. Si celles-ci étaient trop intimes pour permettre leur séparation, il faudrait se contenter de la section du péricarde à ses attaches diaphragmatiques antérieures, depuis le bord gauche du sternum jusqu'au niveau de la pointe du cœur, sans atteindre le phrénique gauche. Mais, si au cours de cette opération on rencontre une médiastinite adhésive, il serait indiqué de rompre les adhérences péricardiques externes dans leur étendue chondro-sternale, « l'éloignement du cœur rendant la chose facile et sans danger ».

Cette opération n'a qu'un tort jusqu'à ce jour : c'est de rester à l'état de simple indication théorique.

(*A suivre.*)

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Sur la correction complète de la myopie,

par M. le Dr Ch. Amat,
Médecin-major de 1re classe.

I

Chacun sait que dans la myopie les rayons lumineux parallèles arrivant de l'infini ou d'objets éloignés, au lieu d'aller former foyer sur la rétine, comme dans l'œil normal, se réunissent en avant de cette membrane.

Ce vice de réfraction est souvent le résultat d'une conforma-

tion congénitale de l'organe de la vision, se transmettant héréditairement dans les familles et consistant en un certain degré d'amincissement des enveloppes de l'œil. Les efforts d'accommodation et de convergence exercent une traction sur ces dernières qui finissent, au bout d'un certain temps, par allonger le globe oculaire. Tel est le mécanisme suivant lequel se développe et progresse la myopie. Mais pour cela, il faut que les membranes constitutives de l'œil aient une structure anatomique primitivement défectueuse qui facilitera l'action de ce mécanisme. Tandis que l'œil emmétrope, c'est-à-dire dont la réfraction est normale, mesure environ 24 millimètres suivant son axe antéro-postérieur, l'œil myope peut atteindre 25, 26, 30 et jusqu'à 33 millimètres. C'est cet allongement qui détermine la myopie axile la plus fréquente de toutes. Donders a établi comme loi que toute dioptrie de myopie correspond à un allongement d'axe de 1 millimètre. Par conséquent, un œil myope de 3 dioptries a subi un allongement de 3 millimètres dans son axe antéropostérieur.

Une des conséquences habituelles de la myopie consiste dans l'insuffisance des muscles droits internes, amenée par les efforts excessifs de convergence que le myope est obligé de faire pour voir de très près et qui nécessitent l'action incessante de ces muscles et du muscle accommodateur. Cette action ne s'exerce plus, ainsi qu'à l'état normal, sur un œil sphérique, mais sur un œil ovale et d'autant plus allongé et dépressible que le degré de myopie est plus élevé. Dans ces conditions, le muscle interne, surmené de fatigue, finit par se relâcher, et il se produit un strabisme divergent. Le malade renonçant instinctivement à la vision binoculaire qui est pénible, dévie un œil en dehors, d'abord périodiquement et à la longue d'une façon permanente. Ces phénomènes s'accompagnent et sont précédés d'asthénopie musculaire qui se traduisent par de la fatigue, des sensations de tension, de picotements et de douleurs du côté du grand angle de l'œil et des tempes, du larmoiement et de la photophobie. A la lecture, les lettres paraissent se dédoubler ou se superposer.

Les symptômes d'asthénopie s'accompagnent toujours d'insuffisance musculaire interne, ce qui les distingue des phénomènes analogues de l'asthénopie accommodative dans l'hypermétropie. Tous les yeux myopes sont atteints d'insuffisance musculaire, mais cette insuffisance ne devient réellement apparente et morbide que dans les degrés très élevés de myopie.

La tension de la vue et les efforts de convergence, augmentant l'allongement de l'œil, finissent par amener une séparation des membranes oculaires profondes qui sont peu à peu refoulées sous forme d'excavation staphylomateuse vers le pôle postérieur, c'est-à-dire à la partie externe et inférieure de la papille. C'est de cette façon également que la myopie, au lieu de rester stationnaire, devient progressive, peut atteindre un degré fort élevé et amener des désordres du côté de la choroïde et de la macula, tels qu'atrophies, hémorragies, se traduisant par des scotomes et un affaiblissement progressif de la vision centrale.

Pour qu'un œil myope voie à grande distance, il faut nécessairement le pourvoir de verres concaves, seuls capables de donner aux rayons parallèles une direction divergente.

II

Dans son traité classique sur les anomalies de la réfraction, Donders formulait, il y aura bientôt quarante ans, les règles qui doivent guider dans la prescription des verres chez les myopes. De là vient qu'en général on recommande le port de ces derniers pour le travail de près sans jamais corriger complètement la myopie. Cette façon d'opérer étant par beaucoup considérée comme mauvaise, à la dernière réunion de la Société ophtalmologique d'Heidelberg, la question a été mise en discussion à la suite de deux communications : l'une, de M. Pfalz, sur l'évolution de l'œil myope chez les jeunes sujets par l'usage constant des verres corrigeant complètement la myopie ; l'autre, de M. Heine sur la correction complète de la myopie.

Fœrster et Dor père paraissent avoir été les premiers partisans

de la correction totale de la myopie. Le premier a signalé avec beaucoup de détails cinquante et un cas favorables à une telle pratique, et l'on doit au second le relevé de soixante-huit myopes observés pendant quelque temps chez lesquels la correction totale avait été suivie d'amélioration vingt-sept fois, du *statu quo* trente-huit fois et d'une diminution d'acuité visuelle neuf fois. Mais la correction totale heurtant de front les principes admis par les fondateurs de l'ophtalmologie, de Græfe et Donders, ne fut pas unanimement adoptée.

Guidé par des considérations théoriques et par de nombreuses observations cliniques, Pfalz corrige complètement la myopie, laissant au myope une accommodation relative de 2,50 dioptries. Allant progressivement, il ne prescrit pas d'emblée les verres forts, mais reste une ou deux dioptries en dessous pendant deux mois. Trois de ses tableaux indiquent l'âge, le sexe, le degré du vice de réfraction, la durée de l'observation et les variations de la myopie. Dans le premier figurent les sujets dont l'anomalie ne fut pas corrigée pour la vision de près; dans le second se trouvent ceux dont la vision de près fut légèrement corrigée, et dans la troisième, ceux chez lesquels on fit pour cette même vision une correction complète. Dans le dernier cas, on observe très rarement une augmentation de la myopie; dans le premier, au contraire, la progression est la règle. Aussi M. Pfalz est-il d'avis qu'il faut chercher à obtenir la neutralisation de la myopie chez les jeunes sujets sur lesquels de plus une surveillance de tous les instants est à exercer.

Pour M. Heine, le verre corrigeant complètement la myopie doit être porté tant pour la vision de loin que pour la vision de près. Au moment seulement où la presbytie s'établira, il y aura lieu de prendre des verres plus faibles pour la vue rapprochée. Ce sont des considérations physiologiques qui ont amené cet ophtalmologiste à accepter et recommander une telle ligne de conduite. Pour définir l'image diffuse du monde extérieur qu'il obtient, le myope cligne instinctivement des yeux et contracte les paupières, augmentant ainsi la pression intra-oculaire. Que si

on le munit de verres appropriés, la netteté des images se trouvera augmentée avec disparition des inconvénients signalés. Pour ce qui est de l'accommodation, on a cru qu'elle augmentait la tension intra-oculaire et qu'elle devenait cause de myopie. C'est une grave erreur, car les contractions du muscle ciliaire s'exercent sur les parties antérieures de l'œil et ne s'étendent pas en arrière de l'équateur. Or, la myopie est au contraire une maladie du segment postérieur de l'œil, ce que démontre surabondamment l'anatomie pathologique. S'il faut éviter dès lors tout ce qui augmente la pression intra-oculaire et notamment la contraction des muscles extrinsèques, il s'ensuit que les objets doivent être tenus à une distance de plus de 30 centimètres et que l'on ne peut arriver à ce résultat que par la correction totale de la myopie qui dès lors s'impose. M. Heine insiste sur la réalité des avantages devant résulter d'une telle pratique, il prouve au reste que les verres correcteurs forts ne sont pas du tout nuisibles comme on a pu le dire, mais qu'ils permettent au contraire de lutter avec succès contre la progression de la myopie.

Au congrès d'Heidelberg, Salzmann a insisté sur les méfaits de la tension intra-oculaire. Il a montré que dans les yeux myopes surviennent sous cette dernière influence, dans la zone des foyers d'atrophie, des lacunes dans la membrane élastique, véritables fentes ramifiées, petites fissures qui se couvrent d'épithélium pigmentaire qui prolifère, pénètre dans le tissu de la choroïde et provoque une petite inflammation.

III

Ceux qui ne corrigent pas complètement la myopie, dit M. L. Dor, suppriment presque complètement l'accommodation; en effet, en faisant porter à un myope un verre correcteur inférieur de trois dioptries à sa myopie, ils donnent à ce myope un *punctum remotum* de 33 centimètres, de sorte que pour voir à cette distance il fera un effort accommodatif nul alors que l'emmétrope accommode, lui, de trois dioptries et que pour voir

à 25 centimètres, il réalisera un effort d'une dioptrie tandis que l'emmétrope accommodera de quatre. Chez un myope incomplètement corrigé, on supprime donc à peu près les fonctions de l'accommodation.

De ce fait, les conséquences sont graves, car une loi de physiologie générale apprend que les muscles qui se reposent trop s'atrophient, que le fonctionnement de nos organes est nécessaire au maintien de leur parfaite intégrité. L'œil myope ne fait pas exception à la règle. On sait que les fibres circulaires du muscle ciliaire y sont atrophiées, fibres dont le rôle dans l'accommodation est des plus importants. En revanche, il y a hypertrophie des fibres longitudinales de ce même muscle. Mais le rôle de ces fibres dans l'accommodation est très discuté et avec d'autant plus de raison que chez l'hypermétrope qui accommode beaucoup plus que l'emmétrope, ces fibres s'atrophient alors que les fibres circulaires, les vraies fibres de l'accommodation, s'hypertrophient.

Il ne faudrait pas chercher ailleurs que dans l'atrophie des fibres musculaires, c'est-à-dire des fibres essentiellement accommodatrices, la raison de la grande difficulté qu'on éprouve à faire porter aux myopes des verres correcteurs de toute leur myopie. Demander à ces fibres de reprendre leurs fonctions, c'est provoquer un effort, déterminer de la fatigue, entreprendre une lutte qui devra aboutir à la parfaite tolérance des lunettes nécessaires, preuve manifeste dès lors que les fibres circulaires ont recommencé à fonctionner. Que si au contraire la correction du vice de réfraction est insuffisante, si les verres prescrits en raison de leur faiblesse ne sollicitent pas l'accommodation, on se rend complice de la myopie, fait bien remarquer M. L. Dor, puisqu'on ne fait rien pour arrêter l'atrophie des fibres circulaires.

On objecte, il est vrai, au sujet du muscle ciliaire ici tout particulièrement en cause, que de ce qu'un muscle est petit il n'en résulte pas fatalement qu'il soit atrophié, qu'il faut voir plutôt dans cette pauvreté des fibres musculaires une disposition naturelle marquant les yeux plus tard prédisposés à la myopie. Et la

preuve en est pour M. Jacqueau qu'un état anatomique semblable se retrouverait non seulement chez les myopes, mais même parfois chez des emmétropes. On invoque à ce sujet le témoignage d'Iwanoff dont les recherches auraient fixé ces questions d'une façon jusqu'à présent définitive. Et d'ajouter que si ces yeux emmétropes à fibres circulaires peu abondantes eussent été dans des conditions hygiéniques défavorables, ils fussent devenus selon toute probabilité des yeux myopes. Pourquoi dès lors vouloir imposer, dit M. Jacqueau, à un œil myope avec un muscle de Müller, qu'une disposition naturelle a fait peu développé mais non atrophié, incapable, même en conservant toute sa force première, de supporter des efforts accommodatifs prolongés par l'intermédiaire des verres, une tâche aussi lourde qu'il n'y pourra suffire? Il est à craindre que ces efforts aient pour résultat des tiraillements inutiles sur la choroïde avec congestion consécutive de celle-ci et la série des complications dont cet état congestif est tributaire, tels l'allongement antéro-postérieur du globe, l'atrophie des membranes au pôle postérieur et surtout le décollement de la rétine. Et l'on cite quelques rares observations de correction totale où les faits se sont ainsi passés. Mais la relation de cause à effet reste tout entière à établir, réplique M. L. Dor, un malade qui prend un décollement rétinien pouvait tout aussi bien l'avoir malgré la correction totale qu'à cause d'elle. Au reste, un décollement sur un grand nombre de myopes complètement corrigés est fort peu, et l'observation attentive des faits démontre que, chez des malades non corrigés et ayant des myopies d'une malignité comparable aux premiers, les cas de décollement rétinien seraient décuplés pour le moins. Ce n'est pas parce qu'une complication surviendra un jour chez des myopes complètement corrigés, qu'il faudra conclure au rejet d'une telle thérapeutique. Ce qu'il conviendrait d'apporter, ce sont des statistiques comparables prises sur des malades dociles, exécutant fidèlement ce qui leur est prescrit.

IV

L'accoutumance plus ou moins rapide aux verres, corrigeant toute la myopie, sera pour M. L. Dor le criterium clinique certain de la trop grande faiblesse du muscle de Muller et de son impuissance à supporter une contraction énergique ou longtemps soutenue. Il est certain qu'une affection à son début pourra être complètement neutralisée sans effort. Il suffira de faire suivre au malade une progression qui le conduira rapidement à accepter le verre correcteur total, qui lui rendra la vision normale et arrêtera les progrès de sa myopie. Mais il ne suffit pas que l'accoutumance soit pénible chez les myopes à une période de myopie déjà avancée ou chez lesquels la correction a été insuffisante, si toutefois elle a été tentée, pour renoncer à l'usage du verre qui donnera la correction totale; aussi les contre-indications tirées de l'existence d'une lésion active du fond de l'œil, de l'intégrité du parcours accommodatif, de l'habitude rapidement prise, ne semblent-elles pas suffisamment justifiées.

Tant pour provoquer les contractions des fibres circulaires du muscle ciliaire que pour combattre l'hypertrophie des fibres longitudinales de ce même muscle, la correction totale de la myopie s'impose. Avec cette restriction toutefois qu'on devra tenir compte à partir de quarante-cinq ans du degré de presbytie qui survient chez tout le monde et chez certains myopes plus encore que chez les emmétropes; qu'elle ne devra pas être imposée en raison du surcroît de travail à des sujets anémiques, neurasthéniques ou intoxiqués, avant d'avoir tonifié leur état général.

Pour ce qui est des choroïdites et des décollements de la rétine observés parfois chez des malades à qui on a conseillé la correction totale, M. L. Dor se les expliquerait plutôt par un mauvais centrage des verres que par une trop grande force réfringente. On n'a pas tout fait quand on a corrigé la réfraction individuelle d'un myope, il importe encore de faire décentrer les verres, de telle sorte qu'ils aient, outre leur action dioptrique, une action prismatique.

Certains oculistes partisans de la correction simplement partielle de la myopie considèrent l'accommodation comme favorable au progrès du mal et comme devant être évitée dans la mesure du possible, et ils invoquent à ce sujet la rareté de la myopie chez les horlogers. On a prétendu que ceux-ci n'accommodent pas parce qu'ils travaillent à la loupe. C'est une profonde erreur. Le système dioptrique de l'œil, dit M. Dor, transformé par l'addition de la loupe monoculaire en un véritable microscope, a plus que jamais besoin de pouvoir accommoder puisque des variations de cinq à six dioptries ne correspondent plus à des centimètres entre le *remotum* et le *proximum*, mais à des millimètres. Un horloger, qui voudrait travailler à la loupe après s'être paralysé l'accommodation par l'atropine, n'aurait une vision nette qu'à une distance tellement précise que tout travail lui deviendrait impossible. Il serait comme un histologiste dont le microscope n'aurait pas de vis micrométrique. Le travail des horlogers ne développe pas la myopie; or, comme ceux-ci accommodent beaucoup de près, cette remarque confirme le rôle prophylactique du fonctionnement du muscle ciliaire à l'égard de la myopie et peut être invoquée comme un argument favorable à la correction totale au lieu d'être une objection.

V

A la réunion de la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg, Dor signale qu'une de ses malades porte depuis dix ans des verres concaves de vingt-six dioptries. Pour Hess, rien ne combat la progression de la myopie comme la correction complète. Wickerkiewicz corrige en même temps l'astigmatisme. Il reste convaincu que les malades, dont la myopie a été neutralisée complètement dès le jeune âge, ont conservé une bonne acuité visuelle sans avoir eu à changer de verres. Et cet avis, von Hippel le partage absolument. Il est à noter que Straub aurait trouvé des sujets ne supportant pas la correction complète; mais, grâce à elle, Lucanus aurait vu disparaître rapidement une

hyperhémie du nerf optique. Axenfeld la croit capable de guérir l'insuffisance des droits internes. Mayweg corrige complètement la myopie chez les sujets de huit ans. Uhthoff se déclare converti à la correction complète ; lui qui l'évitait autrefois a changé actuellement de manière de faire.

La conséquence qu'il paraît logique de tirer de l'exposé qui précède, c'est que la correction complète de la myopie doit entrer dans la pratique courante, puisque, loin d'entrainer des inconvénients, elle n'offre que des avantages. On a vu qu'elle empêche la myopie d'augmenter et qu'elle fait disparaître certains troubles tels que l'insuffisance des droits internes. Il faut donc s'élever non seulement contre le préjugé qui existe contre le traitement par les verres des myopies faibles, mais qui proscrit l'emploi des verres forts d'une façon systématique. La myopie doit toujours être traitée, à part de très rares exceptions, par le verre dont la réfraction est suffisante pour la neutraliser complètement.

BIBLIOGRAPHIE

Les Cures de Vichy, par le Dr SALIGNAT, médecin consultant à Vichy, 1 vol. in-18 de 132 p., avec 20 figures (J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris), 2 fr.

L'auteur s'est proposé de donner quelques conseils utiles, quelques indications sur la façon dont on suit un traitement à Vichy.

Après une notice générale sur Vichy, ses environs, ses promonades, l'auteur expose les indications et contre-indications de cette station thermale. Il étudie ensuite les nombreux éléments des diverses cures de Vichy, en ndiquant d'abord le moment favorable pour la cure, la journée d'un malade.

Un long chapitre est consacré aux régimes dans les affections de Vichy.

Viennent ensuite la buvette (ses doses, ses effets), la cure à domicile, les bains et les douches, les étuves.

Enfin l'auteur termine par l'étude des adjuvants du traitement thermal : les bains de lumière, l'exercice et la cure de terrain avec promenades graduées, le massage, la gymnastique suédoise, la mécanothérapie, l'électricité.

Ce petit guide du malade à Vichy n'est pas destiné à remplacer le médecin pour la direction d'une cure, mais il a pour but d'éclairer le malade sur le but du traitement, sur l'importance des difficultés pratiques et de lui permettre ainsi de mieux se conformer aux prescriptions nécessaires à une bonne cure.

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, par le Dr Albert Weil, chef de service à l'hôpital Trousseau. Un vol. in-12 de la *Collection médicale*, avec 80 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 4 francs, (Paris, Félix Alcan, éditeur.)

De tous les agents physiques, les modalités électriques sont ceux dont les applications médicales sont le plus nombreuses et le plus efficaces. Mais si tout médecin praticien ne peut pas faire de l'électrothérapie, il doit être familiarisé avec les principales propriétés de cette médication, la conseiller en temps opportun et savoir discerner parmi les nombreuses formes de l'énergie électrique utilisables ne médecine, celles qui doivent être conseillées aux malades.

Ce livre a pour but de faire connaître la manière de les appliquer à l'organisme humain et le bénéfice qu'on en peut retirer pour le diagnostic et la thérapeutique.

L'ouvrage est divisé en quatre parties consacrées : la première, à la description des instruments et à la technique de leurs applications; la seconde, aux effets et aux indications des modalités de l'énergie électrique; la troisième au diagnostic, et la quatrième, aux applications thérapeutiques. L'auteur passe successivement en revue les maladies de la nutrition, du système nerveux, du système musculaire et articulaire, des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, lymphatique, génito-urinaire de l'homme, des organes génitaux de la femme, les maladies de la peau, des organes des sens et de la voix. Un certain nombre d'observations types permettent de suivre les effets de la médication électrique et les résultats obtenus.

Ce livre, par la quantité de renseignements qu'il contient, sera consulté utilement par tous les médecins désireux de se tenir au courant des nouvelles méthodes introduites, ces dernières années, dans l'électrothérapie et l'électrodiagnostic.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Le chloroforme en potions. — L'emploi du chloroforme à l'intérieur est surtout utile contre les gastralgies de toutes sortes. Il a une propriété analgésique très marquée, il empêche les vomissements, et a, de plus, une action antifermentescible très grande quand la gastralgie résulte d'une digestion difficile. Voici les formules que l'on peut employer :

1° Eau chloroformée saturée............	150 gr.
— de fleurs d'oranger..............	50 »
Eau...............................	100 »

ou bien :

2° Eau chloroformée saturée.............	80 gr.
— de menthe......................	20 »
Sirop d'opium.........	50 »

Une cuillerée à dessert tous les quarts d'heure (DE BEURMANN).

Ces formules sont très recommandables, car l'eau chloroformée pure a l'inconvénient de produire une sensation de brûlure quelquefois assez vive chez des personnes dont la muqueuse œsophagienne et stomacale présente un degré assez accentué d'hyperesthésie. L'action de l'eau chloroformée est rapide et passagère. On peut y adjoindre une certaine quantité de morphine, de cocaïne, d'élixir parégorique ou de codéine.

M. Mathieu formule ainsi la solution de codéine :

Codéine...........................	0 gr. 20
Eau de laurier-cerise...............	25 »
— distillée..................... ...	75 »
— chloroformée saturée...........	100 »

Les Anglais et les Américains emploient très fréquemment comme calmant de l'estomac des solutions différentes, de com-

position très complexe, connues sous le nom de chlorodyne. Voici en quoi, d'après Soulier, consistent ces formules :

Chloroforme	120 gr.
Ether	30 »
Alcool	120 »
Mélasse	120 »
Extrait de réglisse	75 »
Chlorhydrate de morphine	0 » 50
Essence de menthe	XVI gouttes
Sirop	530 gr.
Acide cyanhydrique dilué	60 »

Dissoudre le chlorhydrate de morphine et l'essence dans l'alcool, ajouter le chloroforme et l'éther; d'autre part, dissoudre l'extrait de réglisse dans le sirop; ajouter la mélasse, joindre les deux solutions, agiter et ajouter l'acide cyanhydrique.

La dose à employer est de V à XV gouttes.

Gilman donnait la seconde formule suivante :

Chloroforme purifié	8 gr.
Glycérine Alcool rectifié	āā 60 »
Acide cyanhydrique dilué	8 »
Teinture de capsicum	8 »
Chlorhydrate de morphine	0 » 50
Sirop	90 »

Une cuillerée à café pour un adulte.

Les propriétés sédatives des chlorodynes ne sont pas douteuses, d'après M. Mathieu.

La formule suivante est classique contre les vomissements avec tendance nauséeuse :

Chloroforme Teinture d'iode	āā 5 gr.

V gouttes sur un morceau de sucre deux fois par jour à chaque repas.

Dans les fortes crises de gastralgie, M. Soupault n'hésite pas à

avoir recours à l'eau chloroformée associée soit à la cocaïne, soit à l'eau mentholée. On pourra ainsi formuler :

Chlorhydrate de cocaïne...........	0 gr. 05
Eau chloroformée saturée.......... — distillée......................	ââ 50 »

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

ou bien :

Chlorhydrate de cocaïne...........	0 gr. 05
Menthol..........................	0 » 10
Alcool pour dissoudre.............	Q. S.
Eau chloroformée saturée.......... — de fleurs d'oranger...........	ââ 75 gr.

Par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

Telles sont les principaux modes d'administration du chloroforme en potions, dont les indications sont fréquentes et pour ainsi dire quotidiennes. (*Journ. des Praticiens*, 22 juin 1901.)

Médecine générale.

Traitement de la céphalalgie. — Brunton recommande, contre la céphalée habituelle, l'emploi combiné du salicylate de soude (1 à 2 grammes) et du bromure de potassium (0 gr. 25 à 2 grammes). Le mélange doit être administré le soir et, en cas de besoin, une nouvelle dose peut être donnée au début de la matinée.

Lorsque les accès sont violents et répétés, on peut prescrire ce mélange en quantité moindre, mais à trois reprises par jour, au début de chacun des repas.

Lorsque cette médication provoque de la dépression, on peut y ajouter un excitant quelconque, de l'ammoniaque par exemple.

Il est bon de donner un purgatif salin avant cette médication.

Le salicylate de méthyle dans les érections douloureuses. — M. le Dr Baratier (de Jeugny) signale, dans le *Journal des mala-*

ladies cutanées et syphilitiques, un procédé qu'il a employé avec succès chez trois malades atteints de blennorragie et présentant des érections nocturnes extrêmement douloureuses. Dans ces cas, il prescrit des bains et de l'eau de Vichy à haute dose. Pour la suite, il fera faire des onctions sur la verge pendant quelques minutes avec :

Salicylate de méthyle....................	1 gr.
Vaseline liquide..	10 »

Le membre ainsi enduit est entouré d'une légère couche d'ouate maintenue sur la verge au moyen d'une bande de taffetas gommé.

Dans les trois cas où les onctions avec la vaseline au salicylate de méthyle ont été faites, l'élément douleur a disparu en peu de temps : le salicylate de méthyle a supprimé la douleur et semble avoir affaibli le degré de l'érection. Par suite, les blennorragies ont suivi leur cours normal et habituel.

L'opothérapie thyroïdienne contre les lipomes multiples. — Chez une femme, âgée de 48 ans et qui, depuis dix-huit années environ, présentait, sur les deux avant-bras, une série de lipomes variant du volume d'un petit pois à celui d'une pêche, MM. Garand et Galland (*Loire méd.*, juin 1901) ont vu ces tumeurs disparaître presque complètement sous l'influence de l'usage prolongé de tablettes d'extrait thyroïdien, mais non sans avoir eu à combattre des accidents d hyperthyroïsation, tels que tachycardie et diarrhée. Ce fait est de nature à encourager à de nouveaux essais d'opothérapie thyroïdienne non seulement contre la lipomatose multiple, mais aussi dans les cas de gros lipomes, essais qui paraissent d'autant plus justifiés que les accumulations locales de tissu graisseux semblent se trouver parfois sous la dépendance de troubles de la fonction du corps thyroïde, témoin cette forme fruste de myxœdème qui fut décrite sous le nom d'adipose douloureuse.

Maladies des voies respiratoires.

Traitement du faux croup (TORDEUS). — Repos au lit, chambre vaste et aérée, vaporisations ou pulvérisations dans la pièce, compresses chaudes autour du cou. Lait coupé d'eau alcaline; s'il y a de l'embarras gastrique, on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Infusion d'ipéca (0 gr. 20)	100 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	60 »
Extrait de réglisse	10 »

Contre les accès de toux, on donne les antispasmodiques (solanées) ou la poudre de Dower :

Poudre de Dower	0 gr. à 0 gr. 20
Sucre	2 »

Divisez en douze paquets, un toutes les deux heures, ou bien une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Extrait de chanvre indien	0 gr. 15 à 0 gr. 20
Sirop de tolu	20 »
Eau distillée	100 »

Au moment de l'accès, l'éponge chaude sur le devant du cou, inhalations, vomitif :

Tartre stibié	0 gr. 10
Potion gommeuse	60 »

Par cuillerée à café toutes les cinq minutes, sans dépasser trois.

Ou bien :

Poudre d'ipéca	0 gr. 60
Sirop d'ipéca	60 »

Par cuillerée à dessert jusqu'à effet.

Ou bien :

Sulfate de cuivre	1 gr.
Eau distillée	100 »

Une cuillerée à café ou à dessert toutes les cinq minutes. S'il

persiste du spasme les jours suivants, on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Bromure de potassium...............	2 à 3 gr.
Sirop de fleurs d'oranger............	20 »
Eau de tilleul.......................	90 »

Puis on remettra l'enfant à l'hydrothérapie pour l'aguerrir. S'il y a des végétations adénoïdes, de grosses amygdales, on les fera disparaître et on donnera de l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Infection digestive aiguë chez un nourrisson (Dr E. Périer)

I. — *Infection légère sans phénomènes généraux.*

[Enfant nourri au sein ou au biberon, pris de vomissements, diarrhée, le ventre est ballonné; il n'y a pas de fièvre, pas d'algidité. Poids stationnaire ou diminution encore peu sensible. Rechercher l'agglutination.]

1° Suspendre le lait (sein ou biberon) et donner une quantité correspondante d'eau pure ou bouillie; bonne eau minérale légèrement alcaline comme Vals (Saint-Jean) ou décoction de riz, d'orge, etc. On ne reprendra le lait que progressivement à mesure que tout rentrera dans l'ordre.

2° Toutes les 2 heures la potion suivante par cuiller à café, pour un nouveau-né au-dessous de 3 mois, par cuiller à dessert au-dessus de cet âge :

R. Benzonaphtol...........	0 gr. 30 à 0 gr. 60
Salicylate de bismuth....	0 » 50 à 1 »
Sirop de fleurs d'oranger.	30 »
Eau de gomme..........	90 »

3° Si les selles sont fétides, peu fréquentes avec tympanisme, on donnera dès le début :

Calomel...................	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Sucre de lait...............	0 » 10

II. — *Infection digestive aiguë avec phénomènes généraux.*

[Aux symptômes gastro-intestinaux s'ajoutent : fièvre, haleine fétide, langue chargée et sèche, soif, perte de poids notable, etc.]

1° Suspendre l'alimentation et mettre l'enfant à l'eau comme I ;

2° Lavages de l'estomac et de l'intestin avec eau bouillie ou eau salée à 7 p. 1000;

3° Sur le ventre compresse humide recouverte de taffetas ;

4° Bains chauds s'il y a hypothermie ; bains tièdes ou frais s'il y a hyperthermie.

5° Injection de sérum artificiel de 30 cc., toutes les 3 ou 4 heures.

Maladies du système nerveux.

Traitement des convulsions de cause non déterminée.

1° Commencer par desserrer les vêtements de l'enfant de manière à libérer le cou, le thorax et l'abdomen, et le laisser couché sur le dos, la tête un peu élevée. Donner ensuite un lavement à l'huile, à la glycérine, au savon, au miel (s'il y a constipation).

2° Si on suppose qu'il y a indigestion, provoquer le vomissement en titillant la luette, puis lavement purgatif.

3° En même temps, faire respirer sur un mouchoir quelques gouttes d'éther ou mieux de chloroforme et ouvrir les fenêtres, à moins que l'enfant ne paraisse avoir la fièvre.

4° Si la convulsion se prolonge, bain tiède ou bain sinapisé, quand l'enfant paraît avoir été refroidi ; le sécher ensuite rapidement ; prévenir le retour de nouvelles crises en donnant une potion comme la suivante :

Eau de tilleul.....................		100 gr.
Sirop de fleurs d'oranger...........		30 »
Sirop de codéine..................		5 »
Bromure de potassium............	} ââ	0 » 50
Bromure de sodium...............		
Bromure d'ammonium............		

J. SIMON.

Une cuillerée à café toutes les heures.

Ou, si l'enfant ne peut pas avaler, donner le lavement suivant :

Musc	0 gr. 20
Hydrate de chloral	0 » 30
Camphre	1 »
Jaune d'œuf	10 »
Eau distillée	100 »

J. SIMON.

On peut encore employer un suppositoire s. l. f. :

Beurre de cacao	2 gr.
Hydrate de chloral ou Hypnal	0 gr. 20 à 0 gr. 60

5° Ne pas quitter l'enfant avant la convulsion (qui n'est définitivement passée que lorsque le petit malade a abondamment uriné) et chercher la cause du phénomène.

(PÉRIER, *Ann. de méd. et de chir. infant.*)

Maladies des enfants.

Traitement de l'athrepsie chez un enfant élevé au biberon (DAUCHEZ). — 1° L'enfant sera mis immédiatement au sein d'une bonne nourrice toutes les deux heures. La tétée ne durera que 5, 8 ou 10 minutes, suivant l'état des voies digestives et la tendance au vomissement ; si l'enfant ne peut téter, la nourrice aspirera elle-même son lait au moyen du tire-lait du Dr Budin et le lui donnera à la cuillère.

Au besoin, le lait d'ânesse en cas de troubles gastriques et persistants, et, à défaut de celui-ci, 50 grammes de lait bien frais stérilisé, pur ou coupé d'eau bouillie, seraient administrés toutes les 2 ou 3 heures.

2° L'enfant prendra soit une petite cuillerée à café d'eau de

chaux ou d'eau de Vals trois fois par jour. Et si l'enfant vomissait encore, on aurait recours à la potion suivante :

Acide chlorhydrique médical..........	X gouttes
Pepsine amylacée....................	1 gr.
Sirop de groseille.....................	20 »
Eau distillée stérilisée.................	80 »

aux mêmes doses.

3° Après évacuation complète de l'intestin, à l'aide d'un léger purgatif (huile de ricin, sirop de gomme, par exemple) ou d'une large irrigation intestinale, on pourra utilement désinfecter l'intestin de l'enfant en donnant à celui-ci de un à trois des paquets suivants dans les 24 heures :

Béthol ou benzonaphtol...............	0 gr. 05
Pancréatine..........................	ââ 0 » 10
Sous-nitrate de bismuth.............	

M. s. a. pour une prise, f. s. a. prises n° 10.

4° On évitera surtout de gaver l'enfant (Blache) et on tendra au contraire à fractionner les doses de lait dont les récipients devront être vidés et passés à l'eau bouillante.

5° Dès que les troubles intestinaux auront cessé, on fera appel aux médications toniques.

Sirop de quinquina...................	ââ 5 à 10
Eau-de-vie vieille.....................	

par jour.

6° L'enfant sera maintenu, l'hiver et pendant les saisons froides, complètement enveloppé d'une épaisse feuille d'ouate fendue entre les jambes, recouverte de taffetas gommé chiffon, fixée par une large bande de caoutchouc de 6 à 8 mètres pour permettre les évacuations sans enlever le bandage.

7° L'alimentation au sein sera continuée jusqu'à 16, 18 ou 20 mois.

Maladies de la peau.

L'huile de chaulmoogra contre la tuberculose cutanée. —

A l'intérieur, on donne l'huile à la dose de XXX à XL gouttes pour les adultes et III gouttes mêlées à du lait pour les enfants. — Capsules, contenant 0 gr. 15 d'huile ; dose, de 2 à 4 par jour.

A l'extérieur, badigeonnages avec l'huile pure. — On fait des liniments composés d'huile et d'alcool ou de chloroforme ou de menthol :

Alcool	3
Huile de chaulmoogra	4

Vidal conseille la pommade suivante :

Huile de chaulmoogra	2 parties.
Vaseline	5 »
Paraffine	1 partie.

L'*acide gynocardique*, retiré de l'huile de *Gynocardia odorata*, s'administre en pilules ainsi composées :

Acide gynocardique	25 milligr.
Extrait de gentiane	75 »
— de houblon	75 »

2 pilules par jour ; on peut augmenter la dose jusqu'à 12 par jour.

On fait également un savon à l'huile de chaulmoogra.

Epithéliome cutané. — Pour détruire le néoplasme, on peut employer le caustique de Manec :

Acide arsénieux	2 gr.
Sulfure de mercure	6 »
Eponge calcinée	12 »

On délaye le mélange dans de l'eau, en pâte ; on étend un peu de cette pâte sur une rondelle d'amadou qu'on applique sur l'ulcère. Au bout de quinze jours, l'eschare tombe. Le remède n'est pas sans amener une inflammation assez vive.

On emploie encore la pâte de Canquoin au chlorure de zinc contre les formes superficielles ; le chlorate de potasse est excellent.

Il faut éviter le raclage, qui favorise la généralisation.

(Gaucher.)

FORMULAIRE

Électuaire laxatif pour les enfants.

Manne en larmes....................	25 gr.
Magnésie calcinée....................	āā 50 »
Fleur de soufre lavée.................	āā 50 »
Miel blanc...........................	20 »

1 ou 2 cuillerées à soupe dans une tasse de lait chaud contre la constipation habituelle.

3 à 4 cuillerées pour obtenir un effet purgatif.

Solution pour hâter l'accroissement des cheveux.

Chlorhydrate de quinine..............	4 gr.
Tanin................................	10 »
Alcool à 60°.........................	880 »
Teinture de cantharides...............	10 »
Glycérine pure.......................	60 »
Eau de Cologne.......................	40 »
Vanilline............................	0 » 10
Bois pulvérisé de santal..............	0 » 5

Mêlez. — Usage externe.

Laissez reposer quatre ou cinq jours et filtrer. En frictions tous les deux jours sur le cuir chevelu.

(*Journal de la Santé*.)

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



Le traitement chirurgical de la fièvre typhoïde. — Les lunettes dans l'armée anglaise. — Les cigares dits antiseptiques. — Les kilomètres au bal. — Comment meurent les animaux. — Corps étrangers du genou.

De ce que les ulcérations des plaques de Peyer et des follicules clos siègent surtout dans la partie terminale de l'intestin grêle, M. Dauriac a eu l'idée de traiter la fièvre typhoïde par l'entérostomie préventive, en pratiquant l'anus artificiel sur l'intestin grêle, en un point suffisamment éloigné de la valvule iléo-cæcale, pour qu'il ne fût pas le siège d'ulcération, et pas trop élevé sur le jéjunum pour que la nutrition du malade ne pût être compromise.

Cette manière de faire aurait divers avantages. Elle donnerait à la partie d intestin malade un repos favorable à la cicatrisation rapide des ulcérations, le passage des matières fécales sur ce territoire ulcéré étant supprimé. En outre, l'établissement de l'anus permettrait le lavage direct de l'intestin et faciliterait l'asepsie. Enfin on pourrait alimenter les malades sans trop d'appréhension d'une façon précoce.

Si l'on peut admettre avec M. Dauriac que l'entérostomie est une opération autrement anodine que celle qui consiste à ouvrir le ventre pour aller refermer les perforations intestinales consécutives aux ulcérations et dont tous les chirurgiens admettent avec raison la légitimité, il serait vraiment excessif, sous prétexte

d'atténuer les accidents et d'enrayer l'infection, de faire un anus artificiel à tous les malades dès les premiers jours de l'établissement du diagnostic de fièvre typhoïde. L'entérostomie doit être et restera ici une mesure d'exception.

*
* *

Le ministre de la Guerre anglais a autorisé, depuis le 1er mars, les officiers et les soldats qui en auraient besoin à porter des lunettes, non seulement en dehors du service, mais encore pendant le service. C'est surtout la guerre sud-africaine qui a montré la nécessité de cette tolérance.

*
* *

Dans une des dernières séances du Conseil d'hygiène de la Seine, M. Guignard a présenté un rapport relatif à la mise en vente d'un cigare à base de produits aromatiques mais ne renfermant pas de tabac. D'après son inventeur, ce cigare produit, par aspiration et *sans feu*, une fumée abondante, garantie *absolument inoffensive* et douée, en outre, de *propriétés antiseptiques;* il permettrait aux personnes auxquelles l'usage du tabac est interdit de se donner l'illusion de la fumée sans en éprouver aucun des inconvénients. Or, il résulte de l'examen pratiqué que cet appareil amène dans la bouche de celui qui en fait usage des vapeurs contenant, tantôt un excès d'ammoniaque, tantôt un excès d'acide chlorhydrique. Le cigare en question n'est donc pas un simple jouet sans danger, et M. Guignard pense qu'il y a lieu d'en interdire la vente au public, conclusion à laquelle se rallie à l'unanimité le conseil.

*
* *

Un statisticien a eu l'idée de calculer la distance couverte par une danseuse intrépide, par une de celles qui, ne reculant devant aucun de ses devoirs, n'en manque pas une au bal, commençant

à 10 heures du soir pour finir vers 5 heures du matin. Il est arrivé au chiffre fantastique de 56.000 pas que cette danseuse aura faits au bout de sa nuit, ce qui équivaut en distance kilométrique à 46 kilomètres! Il n'y a rien là qui doive surprendre si l'on tient compte qu'une valse d'une durée moyenne représente une course d'un millier de mètres, que le quadrille avec ses quatre figures n'atteint pas loin de 2 kilomètres, que la mazurka équivaut à 900 et la polka à 800 mètres.



Les animaux ont instinctivement leur façon à eux d'attendre la mort. Il est rare que le promeneur des jardins publics rencontre un cadavre d'oiseau. Cela tient à ce que ces derniers lorsqu'ils sont malades et moribonds fuient la lumière du jour et recherchent les retraites les plus sombres. C'est tout autrement qu'agissent les lapins qui quittent leurs terriers pour mourir. Quant aux chats et aux chiens, ils vont agoniser en quelque coin souvent assez loin de leur domicile habituel.



A une séance récente de la *Société de chirurgie*, M. Bazy a présenté 12 corps étrangers articulaires, de nature cartilagineuse, qu'il avait extraits du genou d'une de ses malades, présentant un volume allant de celui d'un grain de chènevis à celui d'une noix. Ce qu'il y a ici de particulier c'est qu'il a été impossible de trouver sur les cartilages diarthroïdaux le point de départ de ces corps étrangers.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des péricardites (1),

par M. H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Necker.

VII. — Paracentèse du péricarde

Dans ses aphorismes, on lit cette phrase d'Hippocrate : *Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat.* Pour la résorption des épanchements péricardiques, les médicaments sont souvent insuffisants, et nous avons démontré que le plus souvent, les diurétiques, les purgatifs drastiques ou salins, la digitale et la théobromine sont employés d'une façon banale et en pure perte.

Il s'agit maintenant de poser les indications et contre-indications de la paracentèse du péricarde, opération d'urgence le plus souvent, et c'est pour cette raison qu'elle doit rester dans le domaine médical, absolument au même titre que la paracentèse de la plèvre. Tout d'abord, un coup d'œil historique sur la question ne sera pas inutile.

Historique. — Galien, dans un cas de carie du sternum, a dû suivre la voie tracée par la nature en enlevant les fragments de cet os pour pénétrer jusqu'au péricarde. Mais, c'est J. Riolan, le premier (2), qui eut l'idée dès 1648 de

(1) Voir le numéro 14 du 15 octobre 1902.
(2) *Encheiridion anat. et phys.*, liv. III, 1648.

ponctionner le péricarde. « Si l'on ne peut épuiser la sérosité par les hydragogues, dit-il, ne pourrait-on pas perforer le sternum à un pouce du cartilage xiphoïde? C'est là que le péricarde se trouve fixé, et une chance de salut douteuse est préférable à un insuccès certain : *Dubia salus certâ desperatione potior*. » Sénac qui raconte, un siècle plus tard, l'histoire de la guérison d'une pleurésie après ouverture de la poitrine, trace pour l'épanchement péricardique les règles d'introduction du trocart plus en dehors de l'appendice xiphoïde dans le but d'éviter la blessure du cœur, du poumon et de l'artère mammaire interne. Van Swieten discute l'opportunité de l'opération dans ses commentaires sur l'aphorisme 1219 de Boerhaave. Morgagni (16e lettre), puis Corvisart, Kreysig et Hope la condamnent. Enfin, Laennec et Bouillaud restent sur la réserve, et il faut bien dire que les résultats n'étaient pas très encourageants, puisque Desault dès 1798 (*Œuvres chir.*, t. II), Larrey (*Clin. chir.*, t. II) avaient ouvert un foyer extra-péricardique, et que les tentatives de Romero (*Dict. de soc. méd.*, 1818-1819), Schielderup (*Actes de la soc. de Hanau*, 1818) et Jowet (*Froriep's notizen*, 1827) ont été douteuses. Puis, des revers comme celui de Vigla vinrent encore discréditer l'opération pratiquée et suspendue par Roux, lorsqu'on s'aperçut que tous les symptômes (absence d'impulsion et des bruits du cœur, augmentation de la matité précordiale, faiblesse du pouls) dépendaient d'une dilatation énorme du cœur avec amincissement très marqué de ses parois. Il faut arriver aux années 1840 et 1841 pour trouver deux observations authentiques de paracentèses du péricarde : celles de Shuh dans le service de Skoda, et de Heger (1).

(1) HENROT. Sur la paracentèse du péricarde. *Thèse de Paris*, 1855. — SHUH. HEGER. *Œsterreich med. Jahrb.*, 1840 et 1842.

Après Riolan, il s'est donc écoulé deux siècles pour la réalisation de son idée. Mais Laennec ne croyait pas lui-même au diagnostic certain de la péricardite, et longtemps avant lui, Sénac avait dit : « Une maladie si incertaine permet-elle une telle opération ? »

En 1841, Gendrin reconnaît que la paracentèse du péricarde est une opération très facile à pratiquer, et il limite le champ opératoire au fond de l'angle formé par le bord du sternum et le cartilage de la cinquième côte à l'extrémité supérieure de la jonction synchondro-sternale de la côte. Puis, en 1843, Pigeaux (1) trace quelques règles pour la ponction du péricarde, mais il commet la faute de l'indiquer dans l'endroit où prédomine la voussure thoracique, comme plus tard Aran en commettait une autre en recommandant de la pratiquer dans la région où le silence des bruits du cœur est le plus complet. La même année, dans la péricardite scorbutique, Karavajeff, Schönberg, Kyber, pratiquèrent l'opération avec succès, et Sellheim (*Thèse de Dorpat*, 1843), sur un total de 154 cas de cette grave forme de péricardite, relève 141 morts, 6 guérisons sans ponction et 7 guérisons sur 30 opérations. Béhier (*Soc. méd. des hôp.*, 1853), Jobert de Lamballe, Trousseau et Lasègue (*Arch. de méd.*, 1854), puis Aran et Vernay en 1855, Champouillon dix ans après, Roger et Chairou (1868 et 1876) firent entrer définitivement depuis trente ans cette opération dans la pratique médicale. En 1861, Günther cite 22 cas ; en 1876, Maurice Raymond en réunit 46 observations qui s'élèvent à 65 avec Hindenlang (*Deutsch. Arch. Kl. med.*, 1879), à 83 avec West (*Med. chir. Trans.*, 1883), à plus de 100 avec Mignon

(1) Pigeaux. *Pathologie du système circulatoire*. Paris, 1843.

et Delorme (*Rev. de Chir.*, 1895-1896). Aujourd'hui, les faits ne se comptent plus.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Elles ont déjà été signalées plus haut. Mais une question se pose tout d'abord : l'indication de l'intervention chirurgicale est-elle seulement dans la rapidité et l'abondance de l'épanchement? Pas toujours, et tel épanchement abondant et rapide, comme celui de la péricardite rhumastismale, s'il ne produit pas de troubles fonctionnels sérieux du côté de l'appareil circulatoire, commande la temporisation. En un mot, il ne faut jamais oublier que c'est là une *opération d'urgence*, comme la trachéotomie par exemple, beaucoup plus indiquée par l'intensité des troubles fonctionnels que par celle des signes physiques. Qu'il s'agisse d'une péricardite rhumatismale, tuberculeuse ou scorbutique, d'une péricardite aiguë, subaiguë ou chronique, ou encore d'une hydropisie du péricarde, on se propose d'abord, par cette opération, de conjurer un danger imminent qui se mesure surtout à l'intensité de la dyspnée, de la cyanose, à l'imminence de l'asphyxie et des troubles asystoliques, et on doit immédiatement la pratiquer sans même se préoccuper, comme Van Swieten autrefois, du « retour probable de la maladie par la persistance de la condition morbide qui détermine l'épanchement, lequel n'est pas de nature à guérir par le seul effet de la ponction du péricarde (1) ». Condamner la paracentèse péricardique parce qu'elle ne guérit pas la maladie qui a donné naissance à la péricardite, c'est comme si l'on s'abstenait de la ponc-

(1) Van Swieten ne condamnait pas cette opération, puisqu'il écrivait à son sujet : « Interim generale axioma praticum omnibus probatur : tentandum esse potius anceps remedium quam nullum, dum certa pernicies imminet. »

tion abdominale dans l'ascite et de la thoracentèse parce que l'hydropisie abdominale d'origine hépatique se reproduit presque toujours et que la pleurésie est souvent de nature tuberculeuse. La faute serait plus grave encore pour la paracentèse péricardique, car l'opération s'impose d'autant plus qu'il s'agit d'un épanchement dont la compression compromet le fonctionnement d'un organe essentiel à la vie. « Evacuer le liquide, a dit Trousseau, c'est soulager le malade sans guérir la maladie. » C'est encore permettre à la maladie d'évoluer.

Posée dans ces termes, la question d'indication est résolue. Encore, convient-il de bien interpréter la valeur des troubles fonctionnels, et se garder de les attribuer toujours à la même cause. Ainsi, la dyspnée, sans doute d'origine réflexe, peut apparaître comme phénomène de début de la maladie, alors qu'il existe peu ou pas de liquide dans la cavité séreuse (1); elle peut encore être due à l'inflammation des nerfs phréniques, à l'existence concomitante d'un épanchement pleural ou d'une complication pulmonaire. Il en est de même de l'arythmie réflexe que l'on voit survenir au début de l'affection, et des phénomènes angineux, très rares du reste, signalés par quelques auteurs.

Nous avons dit que l'intensité des troubles fonctionnels doit régler la conduite du médecin pour fixer nettement l'indication opératoire. Encore, ne faut-il pas trop attendre, et, dès 1843, Pigeaux a dit judicieusement : « Nous aimerions mieux exécuter cette opération trop tôt que trop tard, car, dans le premier cas, elle entraîne peu de dangers, tandis que, dans l'autre, elle n'aura presque jamais de succès. » Il

(1) F. Cadéot. Dyspnée au début de la péricardite rhumatismale. *Thèse de Bordeaux*, 1897.

est certain que, même de nos jours, les insuccès proviennent d'une trop longue temporisation. La paracentèse du péricarde est une opération d'*urgence*, ce qui ne veut pas dire *in extremis*. Attendre et toujours attendre, c'est permettre l'irrémédiable : la formation des coagulations intra-cardiaques, la dégénérescence du myocarde insuffisamment nourri parce que trop longtemps comprimé, la production d'atélectasie pulmonaire, d'épanchement dans les plèvres et dans le tissu cellulaire, l'affaiblissement de la nutrition; de sorte que si la péricardite est déjà la complication d'une maladie, on attend pour agir qu'elle ait encore produit par elle-même des complications irréductibles du côté d'autres organes. J'ai commis une fois cette faute, et c'est pour cela que j'insiste sur une action chirurgicale rapide et hâtive, dès que l'indication en est nettement établie. Dès 1868, Baizeau rapporte trois cas où il démontre les conséquences d'une « funeste expectation ». Un jeune homme robuste de 24 ans est atteint d'une péricardite rhumatismale avec épanchement qui amène un trouble extrême de la circulation. On n'ose pas ponctionner le péricarde, et la mort survient promptement par asphyxie. Cependant la paracentèse aurait eu plein succès, car à l'autopsie on constata dans le péricarde la présence d'une grande quantité de sérosité, alors que tous les organes étaient sains. Dans un autre cas, la paracentèse avait été pratiquée trop tardivement, et le malade succomba parce que, chez lui, la dépression des forces était arrivée à ce point que « le cœur, quoique dégagé de l'épanchement qui s'opposait à son libre fonctionnement, n'a pu reprendre assez d'énergie pour lutter contre l'asphyxie ». Peut-être y a-t-il ici une légère exagération dans l'interprétation des phénomènes, puisqu'il s'agissait d'un épanchement hémorragique, déjà grave par lui-même. Mais

un autre fait de Daga (1) prouve, une fois de plus, qu'une trop longue temporisation au point de vue opératoire, peut être fatale aux malades (2).

Assez souvent, l'on rencontre concurremment des épanchements péricardiques et pleuraux. Ces derniers sont, tantôt sous la dépendance de la maladie générale qui porte à la fois son action sur la plèvre et sur le péricarde, tantôt sous la seule dépendance de l'épanchement péricardique; cela est si vrai que la soustraction de celui-ci est suivie parfois à bref délai du retour de la perméabilité pulmonaire et de la disparition du liquide pleural (3). Donc, avant de songer à évacuer ce dernier, il faut attendre les effets de la paracentèse péricardique. Mais, dans le premier cas, les deux paracentèses doivent être pratiquées l'une après l'autre.

Modes opératoires. — L'indication a été nettement posée; il s'agit maintenant de savoir comment la résoudre et par quel mode opératoire.

Nous laissons d'abord de côté : l'opération de Riolan par la trépanation de l'extrémité inférieure du sternum, opération recommandée ensuite par Skielderup (de Christiania) en 1818, par Velpeau et d'autres chirurgiens anciens; l'opération de Larrey par ponction épigastrique au moyen d'une incision oblique, qui, partant de la jonction du cartilage de la 7e côte du sternum, suit le bord du cartilage jusqu'à celui de la 8e côte.

(1) Baizeau. Sur la ponction du péricarde, *Gaz. hebd. de méd.*, 1868.

(2) Bien d'autres faits semblables peuvent être cités, notamment celui de Bricheteau (*Journ. de méd.*, 1843).

(3) Dans un cas de péricardite rhumatismale avec épanchement pleural, la ponction du péricarde pratiquée par H. Barthet (*The Lancet*, 1874) fut suivie rapidement de la résorption du liquide de la plèvre.

Choix de l'instrument. — Tout d'abord, l'incision préalable de la paroi avec le bistouri, pratiquée autrefois par Desault, Larrey, Aran, Trousseau, Baizeau, est devenue absolument inutile, surtout lorsque la ponction doit être pratiquée dans un des lieux d'élection que nous déterminerons plus loin.

Le choix de l'instrument est simple. Il faut rejeter l'emploi de l'aiguille fine pour plusieurs raisons : d'abord, parce que celle-ci peut être obstruée par des parcelles de tissus avant sa pénétration dans la cavité péricardique, ensuite parce qu'à la fin de l'opération le cœur peut venir se blesser sur elle. La seringue à trocart imaginée par Voïnitch Sianojentzky n'est pas nécessaire; c'est une petite seringue dont l'aiguille est remplacée par un trocart, lequel est commandé par le piston de la seringue, et, en tirant sur ce piston, on fait en même temps le vide et on débouche la canule du trocart (1). Il suffit d'un petit trocart de l'appareil Potain, trocart muni de canule ayant des yeux latéraux pour remédier à l'inconvénient possible de son obturation par le mouvement en avant du cœur attiré par le vide (2). Il est parfois prudent et utile de pratiquer d'abord une ponction exploratrice.

Choix de l'espace intercostal. — L'espace choisi pour la ponction est différent d'après les divers auteurs. Nous ne parlons pas de la ponction pratiquée à droite du sternum par Roth et Wilson (3), parce qu'elle a de grands inconvénients (blessure du cœur droit, de la plèvre). A gauche, on peut dire que tous les espaces intercostaux, du 3ᵉ au 7ᵉ, ont

---

(1) Voïnitch-Sianojentzky. *Thèse de Saint-Pétersbourg* et *Arch. russes de chirurgie*, 1897.

(2) Terrier et E. Reymond. Chirurgie du cœur et du péricarde. Paris, 1898.

(3) Rotch. Berlin, 1879, Wilson, *Med. Rec.*, New-York, 1893.

été proposés. Le 3[e] espace préconisé par Schuh et Skoda, puis par Löbel, Mader, Barlow, et dernièrement encore par Sharp (1) doit être exclu parce qu'il expose à la blessure du cœur. Cependant, dans un cas rapporté par Steavenson (2) et relatif à une pleurésie purulente chez un enfant de 5 ans, il s'agissait, à proprement parler, d'un empyème péricardique par nécessité, puisque la ponction a dû être pratiquée au 3[e] espace, là où l'on constatait manifestement une voussure saillante et fluctuante.

Le 4[e] espace choisi par Trousseau, Baizeau, Champouillon, Wheelhouse, Saundby, A. Guérin, Porcher, Singleton-Smith, Evans, Kummel, et plus récemment (1881) par Rosenstein (de Leyde), expose à certains accidents : pénétration dans le cul-de-sac pleural, blessure du cœur, ponction dans une région supérieure à l'accumulation du liquide au-dessous du cœur.

Le 5[e] espace, certainement plus favorable au succès, a été indiqué par Aran, Vernay, Heger, Roger, Dieulafoy, Albutt, Elliot, Mac Leod, Nixon, Pepper; le 6[e], par Rendu, Delorme et Mignon, Voïnitch-Sianojentzki. Béhier a seul pratiqué une ponction au 7[e] espace. En un mot, ce sont les 5[e] et 6[e] espaces qui doivent être préférés, toujours à gauche du sternum ; car la paracentèse péricardique à droite de cet os a trouvé peu d'imitateurs, en raison de la possibilité de la blessure du ventricule droit, toujours beaucoup plus à craindre que celle du ventricule gauche.

Choix dans l'espace intercostal. — L'espace intercostal étant

---

(1) SCHUH et SKODA. *Œsterr., med. Jahrb.*, 1841. — LOBEL. *Schmidt's Jahrb.*, 1867. — MADER. *Wien med. woch.*, 1870. — BARLOW. *The Practit.*, 1870. — SHARP. *Brit. med. Journ.*, 1895.

(2) *St-Barth. hosp. reports*, 1881.

choisi, il s'agit de savoir maintenant à quelle distance du bord gauche du sternum la paracentèse doit être pratiquée. A ce sujet, les opérateurs ne sont pas d'accord, quoiqu'ils cherchent tous à éviter la blessure du poumon, de la plèvre, du cœur et de l'artère mammaire interne. Ce dernier accident est très rare et l'on peut même dire qu'il n'a jamais été signalé. Cependant, il est utile de se rappeler que ce vaisseau, à partir de la face postérieure du 1er cartilage costal se dirige verticalement en bas, en croisant presque perpendiculairement la face postérieure des 6 premiers cartilages costaux et que vers l'extrémité sternale du 6e espace il se divise en deux branches, l'une externe et l'autre interne. Malheureusement, la distance qui sépare l'artère mammaire interne du bord sternal est sujette à beaucoup de variations suivant les sujets et la hauteur de l'espace intercostal. Elle ne peut pas être mesurée par 8 à 10 millimètres (Sappey) ou même 5 millimètres (Cruveilhier), puisque Delorme et Mignon lui ont assigné une distance très variable : 10 à 21 millimètres au 3e espace, 8 à 25 millimètres au 4e; 7 à 35 millimètres au 5e; 6 à 45 au 8e. La figure ci-dessus montre la disposition anatomique et les rapports généraux de l'artère mammaire.

La ponction peut être pratiquée : en dedans de l'artère mammaire, le long du bord gauche du sternum ; en dehors ou plus ou moins loin de cette artère; loin du sternum et au-dessus du cœur, ce qui est le procédé de choix.

1° La ponction *intra-mammaire* (ou sterno-mammaire) a surtout pour but d'éviter la pénétration de l'aiguille dans le cul-de-sac pleural, et deux procédés sont à connaître à ce point de vue : celui de Baizeau, et celui de Delorme-Mignon.

a. L'opération de Baizeau est ainsi décrite par lui. Le

malade est couché près du bord gauche du lit, la poitrine élevée, soutenue par deux oreillers et tournée vers l'opérateur. Celui-ci fait, à l'extrémité antérieure du 5e espace intercostal et au-dessus du 6e cartilage, une incision transversale de 1 centimètre et demi empiétant un

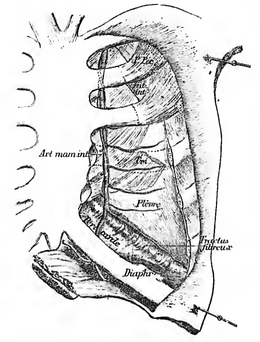


Fig. 1. — Rapports de l'artère mammaire.

peu sur le sternum de façon à mettre son bord à découvert, et intéressant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ensuite, à travers la couche musculaire, un trocart capillaire est introduit le long du bord sternal, et dès qu'il a atteint le médiastin, on enlève le poinçon et on pousse la

canule plus avant jusqu'au contact du péricarde que l'on reconnaît par la sensation d'une rénitence élastique, tandis que le contact avec le cœur donne la sensation d'un obstacle plus dense avec impulsion pulsatile transmise à la canule. Si cette dernière sensation est absente, on peut être certain que le cœur, éloigné des parois thoraciques, est hors d'atteinte de l'instrument. On continue dès lors l'opération, le poinçon est remis dans la canule, on fait cheminer le trocart avec précaution, et sans qu'il soit nécessaire de pénétrer profondément, on ouvre le péricarde.

b. Le procédé de Delorme-Mignon est un peu différent. L'incision est verticale, longue de 4 centimètres, étendue sur le bord gauche sternal à 15 millimètres de la ligne médiane et mettant à nu la partie antérieure des 5e et 6e espaces intercostaux. Puis, dans le 6e espace intercostal de préférence s'il est assez large pour admettre l'aiguille, et dans le 5e espace au cas contraire, on engage l'instrument *au ras* du bord sternal contre lequel il s'appuie. Quand la pointe a dépassé l'épaisseur du bord sternal (8 millimètres environ), on l'incline légèrement de dedans en dehors de façon à conduire cette pointe parallèlement et bien au ras de la face postérieure du sternum. Puis, lorsqu'elle a parcouru 1 à 2 centimètres contre cette face postérieure, l'aiguille ne pouvant plus intéresser le bord pleural, est enfoncée obliquement en dedans et en bas par un mouvement lent et continu jusqu'à ce que le liquide arrive dans la pompe aspiratrice. Après évacuation du liquide, la plaie est suturée. Ce procédé met à l'abri de la blessure du cœur, de la blessure et de l'infection de la plèvre gauche (1). Mais cette

(1) Hare (de Philadelphie) (*Congrès de méd. de Washington*, 1897) conseille également la paracentèse sur le bord gauche du sternum. — Voïnitch-Sianojentzki a déterminé d'une façon assez précise ce qu'il

infection n'est pas à craindre avec une petite aiguille, dans les cas où le contenu du péricarde est aseptique, dans ceux où les épanchements des deux séreuses sont de même nature.

2° La ponction *extra-mammaire*, en dehors de l'artère mammaire interne, est conseillée au 5e espace intercostal, à 6 centimètres environ du bord gauche du sternum (Dieulafoy). Elle se pratique, sans incision préalable, avec une fine aiguille munie d'un appareil aspirateur, et lorsque par l'évacuation progressive du liquide, le cœur tend à se rapprocher de la paroi, il est seulement indiqué de placer l'aiguille dans une situation parallèle au ventricule pour ne pas blesser celui-ci. Le procédé est simple sans doute, et quoiqu'il ait été encore recommandé dernièrement par Shattuck (de Boston) au Congrès de Washington (1897), on peut lui reprocher d'exposer à la traversée de la plèvre.

3° *Ponction sous-cardiaque*. — Il ne faut pas, à l'exemple de Delorme et Mignon, trop s'appuyer sur l'anatomie topographique normale pour établir que toujours la plèvre doit être blessée à un endroit déterminé. L'injection expérimentale du liquide dans le péricarde faite par H. Ferrand (1), montre qu'il se produit entre la pointe du cœur et le diaphragme, un espace augmentant avec la quantité du liquide; cet espace s'agrandit encore par l'abaissement du dia-

---

appelle la « ligne opératoire moyenne »; elle est située à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi de la ligne médiane, et limitée en haut par une ligne horizontale passant au bord inférieur de la 5e articulation chondro-sternale, et en bas par une horizontale passant au bord inférieur de la 7e articulation chondro-sternale et traversant l'appendice xiphoïde à sa base. La ponction doit être faite au 6e espace intercostal sur le bord gauche du sternum.

(1) Ferrand. Contribution à l'étude de la paracentèse du péricarde. *Thèse de Bordeaux*, 1882.

phragme dans la position assise, et le poumon gauche refoulé en haut et en arrière ne tend pas à s'interposer entre

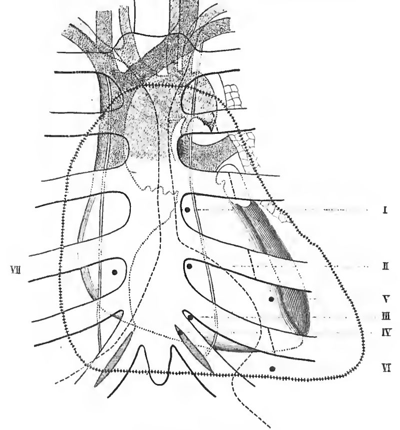


Fig. 2. — Points d'élection de la paracentèse péricardique d'après différents auteurs.

la paroi costale et le cul-de-sac péricardique inférieur, d'où le lieu d'élection pour la paracentèse, *au-dessous du cœur*,

dans le 6e ou 7e espace intercostal, à 8 ou 9 centimètres de la ligne médiane. C'est dans cette zone neutre occupée seulement par le liquide à la partie déclive, qu'avec Rendu je recommande de pratiquer la ponction à 2 ou 3 centimètres au-dessus des limites de la sonorité gastrique, en ayant soin d'incliner un peu le trocart en haut et en dedans. Dans la plupart des cas, c'est ce point qu'il faut préférer parce que la paracentèse n'expose à aucun accident, ni à la blessure du poumon, de la plèvre ou d'un vaisseau important, ni à celle du cœur qu'on peut toujours atteindre par les autres procédés, surtout lorsque cet organe présente des adhérences souvent latentes avec la paroi précordiale.

(La figure 2, page 577, montre les différents points où la ponction a été pratiquée par les divers auteurs.)

Quantité de liquide à évacuer et ponctions répétées. — Faut-il retirer toute la quantité de liquide contenue dans le péricarde, ou encore prendre la précaution, comme l'indiquaient autrefois Pigeaux et B. Bell, de boucher de temps en temps l'orifice de la canule « pour donner au péricarde le temps de revenir sur lui-même »? La question doit être résolue, puisque, dernièrement encore (1), il a été recommandé de ne soustraire qu'une partie du liquide. On partagerait cette dernière opinion si l'on s'en tenait à quelques observations (2) dans lesquelles la soustraction accidentelle de quelques cuillerées, de 60 à 100 grammes de liquide seulement, par suite de l'obturation de la canule, fut suivie assez rapidement de la résorption totale de l'épanchement. Mais, il s'agit là de faits exceptionnels. D'autre part, si, dans quel-

(1) Sharp. *Brit. med. Journ.*, 1895.

(2) De Cérenville, Lichtheim. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1882. — Paul Barth. *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzle*, 1882.

ques cas, la décompression subite peut amener la rupture des néo-vaisseaux et transformer, par le fait de la paracentèse, un épanchement séreux en épanchement légèremen sanguinolent ou même hémorragique, l'accident n'a pas ordinairement une grande importance, et, s'il en avait, on pourrait toujours suspendre l'opération. Pour les péricardites tuberculeuses à épanchement abondant, caractérisées par une forte réaction inflammatoire en complète disproportion avec la faiblesse de l'infection (comme cela survient pour la plèvre où quelques rares granulations et tubercules peuvent donner rapidement naissance à la production de deux à trois litres de liquide), on peut se demander si quelques-uns de ces épanchements ne sont pas doués de propriétés bactéricides, d'où l'indication d'en évacuer la quantité suffisante pour conjurer un péril imminent; mais, ces recherches (1) doivent encore être contrôlées, et, d'autre part, on ne peut pas toujours comparer ce qui se passe dans la plèvre à ce qui existe dans le péricarde.

-Après la paracentèse qui a donné issue à 1.200 grammes de sérosité dans l'observation de Rendu (2), on a pu se demander si quelques accidents assez graves (tachycardie, petitesse du pouls, pâleur du visage, imminence de syncope) ne pouvaient pas être imputés à la dilatation brusque du cœur ou à une paralysie fonctionnelle de cet organe par suite d'une décompression très rapide; mais, dans le cas actuel, il est plus probable que les accidents étaient dus à l'injection du naphtol camphré capable d'amener consécutivement l'irritation de la séreuse.

---

(1) Péron. *Arch. de méd.*, 1890. *Soc. anat.*, 1893. *Soc. de biologie*, 1898.

(2) *Soc. méd. des hôp.*, 1901.

Quoi qu'il en soit, il n'y a le plus souvent aucun danger dans l'évacuation rapide et complète du liquide péricardique. Il est même indiqué de procéder toujours à cette évacuation totale pour rapprocher les deux feuillets péricardiques, une des conditions de la guérison (1).

Une dernière question se pose encore : Si, après avoir pratiqué une ou deux fois la paracentèse du péricarde, le liquide tend toujours à se reproduire, faut-il agir comme pour la plèvre, et pratiquer des ponctions successives dans l'espoir d'arriver enfin à la résorption définitive? Ce serait là une faute, surtout si l'on constatait en même temps les signes rapides d'affaiblissement cardiaque, comme dans les cas suivants (2) : il s'agissait d'une péricardite aiguë primitive tuberculeuse avec léger épanchement pleural. La paracentèse du péricarde donne issue à 750 grammes de sérosité un peu sanguinolente, et celle de la plèvre à 350 grammes de sérosité claire. Dès le lendemain, l'épanchement péricardique se reproduit plus abondant que jamais. Nouvelle paracentèse des deux séreuses ; 840 grammes sont retirés du péricarde et 55 grammes seulement de la plèvre. La mort survient dans le collapsus, quatre jours après. — Autre fait (3) : Chez un malade atteint de néphrite interstitielle, on pratique la thoracentèse pour un épanchement pleural, puis une ponction du péricarde (150 grammes de sérosité sanguinolente). Trois jours après, on est obligé de recourir à une seconde ponction péricardique qui donne issue à un liquide franchement hémorragique, et au bout de six

(1) West. *Brit. med. Journ.*, 1891.
(2) Kuemmel. *Berl. klin. Woch.*, 1880.
(3) Percy Kidd. *Brit. med. Journ.*, 1895.

semaines la mort survient avec les symptômes de défaillance cardiaque.

Que dire encore d'un fait de péricardite séro-fibrineuse chez un enfant de onze ans (1), pour laquelle dans l'espace d'un mois, on crut devoir pratiquer huit ponctions du péricarde dont les cinq dernières fournirent une quantité de liquide variant de 150 à 330 grammes, dont deux d'entre elles furent accompagnées d'une blessure du cœur donnant issue à du sang presque pur, et dont la dernière fut compliquée de l'entrée de l'air dans la cavité séreuse avec signes d'hydropneumopéricarde? Et cependant, cette observation a été donnée comme exemple de « l'innocuité » des ponctions répétées et des blessures du cœur! Une pareille pratique est déplorable pour les malades d'abord, et ensuite pour le médecin dont elle semblerait justifier l'hésitation au sujet d'une opération relativement simple et toujours urgente.

La question des ponctions répétées du péricarde a été résolue et condamnée par Delorme et Mignon. D'abord, après une première ou plusieurs ponctions, il peut se produire des adhérences péricardiques exposant à la blessure du cœur. Puis, sur 25 cas de ponctions réitérées, 5 fois le chirurgien a dû intervenir par l'incision péricardique et 4 fois avec succès; tandis que la mort est survenue sur 18 des 20 malades soumis aux ponctions répétées. Cela prouve que les choses ne se passent pas au cœur comme au poumon. Si après la résorption d'un épanchement pleural, le poumon joue encore un rôle pour se porter vers la plèvre pariétale, il n'en est pas de même du cœur vers lequel le péricarde va s'appliquer. « Plus la distension du sac sera

(1) Bouchut. *Soc. anat.*, 1873, p. 781.

considérable, plus le retour à ses dimensions normales sera difficile. S'il ne peut se rétracter, l'espace laissé libre entre le cœur et la face interne de son enveloppe ne restera pas vide ; celte-ci se remplira de liquide. Par conséquent, on ne peut arguer de la pathologie de la plèvre à la pathologie du péricarde ». (Delorme et Mignon.)

Paracentèse et injections modificatrices. — C'est précisément dans le but d'éviter les ponctions répétées et la reproduction du liquide, en cherchant, comme dit Bouillaud, à « obtenir l'adhérence réciproque des deux feuillets opposés du péricarde », qu'en 1854 Aran eut l'idée d'appliquer à l'hydro-péricarde le traitement de l'hydrocèle au moyen d'injections irritantes, traitement imaginé par Richerand, puis par Velpeau (1) pour combattre les épanchements des cavités séreuses. Sur un tuberculeux, après avoir retiré par la ponction 850 grammes de sérosité rougeâtre, Aran injecta dans la cavité péricardique une solution iodée composée de 50 grammes de teinture d'iode et d'eau distillée avec 1 gramme d'iodure de potassium. L'injection ne produisit aucune douleur et on en laissa sortir une petite quantité au bout de quelques instants ; mais l'épanchement s'étant reproduit, on fit douze jours après une nouvelle ponction qui donna issue à 1.350 grammes d'un liquide verdâtre, et une seconde injection iodée. Pendant cette opération, l'air pénétra dans le péricarde et donna lieu à un bruit de gargouillement semblable à celui d'une pompe brassant de l'eau et de l'air. Le malade n'en fut pas autrement incommodé, mais le liquide se reproduisit dès le soir pour diminuer ensuite progressivement, les accidents s'amendè-

(1) *Annales de chir. française et étrangère*, 1845.

rent du côté du cœur alors que l'affection tuberculeuse envahissait davantage les poumons. Néanmoins, le malade sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Malle (1) fut moins heureux. Après avoir pratiqué l'opération de Riolan (trépanation du sternum) et incisé le péricarde, il fit une injection iodée. A peine le liquide avait-il pénétré, que le malade se plaignit d'une vive douleur avec menaces graves de syncope. Ces accidents ne cédèrent qu'à une saignée et furent suivis d'une réaction inflammatoire très vive. La malade succomba bientôt à une tuberculose intestinale et pulmonaire.

D'autres observations ont encore été publiées : par Moore dans un cas de péricardite purulente terminée par la mort (six ponctions en deux mois et quatre injections iodées), après 38 jours : par Gooch (six ponctions et trois injections iodées dans un cas de péricardite sur un enfant de treize ans) (2). Sans doute, par ces deux faits, les injections ont été inoffensives; mais il n'en a pas été de même dans l'observation de Malle, et si l'on se rappelle les accidents assez graves survenus chez le malade de Rendu à la suite de l'injection de naphtol camphré, on arrive à cette conclusion, qu'il est préférable d'avoir recours à des liquides aseptiques ou antiseptiques moins irritants (eau bouillie, solutions boriquées ou sublimées très faibles), et que dans le cas de reproduction rapide du liquide après plusieurs paracentèses, il est indiqué souvent de recourir à la péricardotomie. (*A suivre.*)

(1) MALLE. *Traité d'anat. chir. et de méd. opératoire*. Paris, 1835.

(2) MOORE. *Brit. med. Journ.*, 1874. — GOOCH. *Brit. med. Journ.*, 1875. — Chez un enfant de six ans atteint de péricardite purulente, JURGENSEN (*Ziemsen's Handbuch*, 1872), après une paracentèse, lave le péricarde avec une solution de chlorure de sodium et laisse la canule en place. La mort survint bientôt par méningite suppurée.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1902

Présidence de M. Sevestre.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

A l'occasion du procès-verbal.

Où convient-il de pratiquer les injections mercurielles?

par M. Weber.

Nombre d'auteurs ont indiqué les régions de leur choix, mais ces localisations désignées systématiquement et par avance sont-elles à l'abri de toute critique, nous ne le pensons pas.

Les uns ont recommandé l'espace interscapulaire; d'autres ont désigné les gouttières rachidiennes au niveau de l'ensellure lombaire.

Smirnoff a indiqué la gouttière rétrotrochantérienne.

Galliot pratique ses injections dans la région fessière en un point déterminé par l'intersection de deux lignes : l'une, horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter; l'autre, verticale, séparant le tiers interne des deux tiers externes de la fesse.

Cette simple nomenclature indique le but visé par la plupart des auteurs : porter l'aiguille sur des régions excavées de façon à éviter aux malades les douleurs contusives résultant des pressions ultérieures sur les organes injectés.

L'expérience nous apprend, en effet, que si certains malades

acceptent plus ou moins volontiers les douleurs immédiates causées par les injections, ils supportent moins facilement les souffrances résultant de pressions exercées ultérieurement au niveau des piqûres. Or cet inconvénient m'a été souvent signalé lorsque je pratiquais mes injections dans les parties saillantes de la région fessière.

Je conviens donc, tout d'abord, avec les auteurs précités, qu'il y a lieu d'éviter les régions saillantes. Pourquoi, dès lors, ne pas accepter comme régions de choix les localisations indiquées par eux?

Sans doute ces localisations seraient parfaites si la configuration de telle ou telle région, de la région fessière par exemple, répondait à un type unique.

Or, nous savons qu'elle varie suivant que les sujets sont obèses, étiques ou âgés. Ainsi, telle fossette rétrotrochantérienne bien excavée chez la jeune fille sera comblée par le classique pseudo-lipome chez la femme de trente ans.

Toutes ces anomalies ne sauraient être tenues pour négligeables. C'est pourquoi nous avons recherché la formule qui permît à l'opérateur d'adapter sa conduite à tous les cas.

Cette formule la voici : *Il convient de porter l'aiguille sur des régions qui seraient ultérieurement soustraites à toute pression extérieure, le sujet étant supposé assis ou couché.*

Cette formule se défend d'elle-même. Il convient, en effet, de rappeler que les humains consacrent, en moyenne, huit heures sur vingt-quatre au sommeil. D'autre part, ils se tiennent assis durant une partie de la journée.

Il leur importe donc de pouvoir, sans souffrir, garder l'une ou l'autre de ces deux positions.

Ces avantages, il nous sera loisible de les leur conférer en ne portant point l'aiguille soit sur les parties molles sur lesquelles reposent les ischions, soit sur les régions qui, dans le décubitus dorsal, entrent en contact immédiat avec le plan du lit.

Ainsi les malades pusillanimes ou de sensibilité exagérée accepteraient plus volontiers un mode de traitement qui leur permet-

mettrait de vaquer tranquillement à leurs occupations ou à leur sommeil.

En résumé et avant toute injection, il y aurait lieu de reconnaître afin de les éviter, les régions saillantes qui pourraient être soumises à des pressions ultérieures, le malade étant supposé assis ou couché.

M JULLIEN. — Quelles seraient, suivant M. Weber, les régions à injecter ?

M. WEBER. — Les régions excavées, en retrait par rapport aux régions saillantes que je recommande d'éviter pour les raisons signalées plus haut. Pour les reconnaître, il suffira, au moment de l'inspection individuelle des malades, de se représenter quelles seront les régions qui, dans la décubitus dorsal par exemple, porteront directement sur le plan du lit. Dès lors, il conviendra de porter l'aiguille en dehors ou en dedans des parties saillantes, sous la réserve toutefois qu'on ne s'exposera point à blesser quelque organe important.

Discussion.

LES INJECTIONS MERCURIELLES

(*Suite.*)

I. — *A propos des communications de MM. Jullien et Laffay sur les injections mercurielles,*

par M. H. DANLOS.

J'ai lu avec soin la très intéressante communication de M. Jullien. Je vois avec plaisir que la supériorité des injections de calomel sur toutes les autres ne fait pour lui pas de doute, et je profite de l'occasion pour rappeler que c'est en grande partie à ses efforts que nous devons la vulgarisation dans notre pays de cette méthode si puissante. Sur quelques points cependant je me sépare de M. Jullien. Je n'oserais pas affirmer comme lui que la

supériorité du calomel se constate à tous les âges de la vérole. A-t-il réellement, comme M. Jullien semble disposé à l'admettre, le pouvoir de faire avorter la syphilis *ab ovo;* je n'ai pas fait d'essai sur ce point, mais je crois le doute au moins permis. En revanche à la période secondaire, sur des sujets atteints de syphilide exanthématique rebelle de forme micro-papuleuse ou papulo-acnéique, l'emploi comparé des frictions et des injections ne m'a pas paru donner l'avantage au calomel. Je ne lui ai pas vu, dans ces conditions, l'influence héroïque qu'il exerce si manifestement sur certaines lésions tertiaires. Quant aux injections solubles, pour les raisons que j'ai données dans ma communication, je les considère toujours comme une méthode d'exception. Les quelques jours qu'elles font gagner dans la durée d'un traitement ne compensent pas les hasards auxquels elles exposent. Je conçois à la rigueur leur emploi dans un hôpital pour économiser le nombre des journées, dans une maison de santé et dans les stations thermales où les malades désœuvrés ont besoin qu'on les occupe et que l'on s'occupe d'eux. A l'effet curatif s'ajoute alors un effet de suggestion qui peut être utile, mais en dehors de ces conditions les vieilles méthodes de traitement me semblent encore les meilleures, et si j'avais le malheur de contracter la vérole, c'est à elles que j'aurais recours.

A l'appui de mes conclusions je pourrais trouver un nouvel argument dans une communication faite en mai dernier par MM. Barthélemy, Laffay et Lévy Bing à la Société de dermatologie.

Je lis dans ce travail que 45 femmes atteintes d'accidents syphilitiques les plus variés ont guéri après une moyenne de 24 injections. En l'absence de renseignements sur la nature de ces cas, il est peut-être téméraire de porter un jugement, si toutefois il s'agissait, comme c'est le fait le plus ordinaire à Saint-Lazare, d'accidents précoces, et surtout de roséole avec plaques, le nombre assez élevé de ces injections ne plaiderait pas fortement en faveur de la méthode.

M. Laffay, dans sa communication, m'accuse d'avoir fait bien des brèches qu'il s'efforce de réparer. Je ne vois pas bien quelles

brèches j'ai pu faire et je n'ai pas eu tant de prétention. J'ai simplement exposé, au sujet des injections solubles, une opinion basée sur mon expérience personnelle, en ayant soin de dire qu'il s'agissait surtout des injections de cyanure, les seules dont j'ai fait une étude un peu suivie; et si j'ai parlé des autres, c'est simplement pour justifier la préférence donnée par moi au cyanure, sel qui ne coagule pas l'albumine et qu'il est facile de se procurer dans des conditions de pureté parfaite. Mes conclusions relativement défavorables ont été confirmées, et même avec aggravation, dans une note présentée depuis par MM. Barthélemy et Lévy Bing à la Société de dermatologie, le 3 juillet 1902. (*Des accidents dus aux injections de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis.*)

Je tiens du reste à répondre plus complètement aux objections de M. Laffay.

Relativement au cacodylate de mercure je regrette que ma brièveté m'ait fait manquer de clarté. J'ai voulu dire simplement qu'ayant traité la même quantité du liquide de deux ampoules par le même nombre de gouttes d'une solution étendue de potasse caustique, j'ai obtenu deux précipités de couleur absolument différente, l'un blanc l'autre jaune rougeâtre. Cela seul suffisait, je pense, à prouver que le liquide des deux ampoules n'avait pas même composition. Pour le lactate de mercure, j'avais reproché aux solutions de contenir en proportion variable le sel à l'état mercureux ou mercurique et d'être généralement mal titrées. M. Laffay me répond qu'autrefois elles l'étaient toujours, mais que ces défauts ont disparu et que les lactates de mercure se préparent maintenant à l'état de pureté parfaite. Au moment où j'ai écrit ma note, la communication de M. Guerbet n'avait pas encore paru. Peut-être même mes observations n'ont-elle pas été étrangères à la réalisation de ce progrès et, dans ce cas, je devrais me féliciter de les avoir faites. Je m'explique. Le jour même où M. Gaucher a fait à la Société des hôpitaux sa communication sur le lactate de mercure, il a eu l'obligeauce de me remettre deux échantillons de ses solutions. Instruit par

mes essais antérieurs, je les ai fait analyser avant de m'en servir. Elles ont été trouvées défectueuses comme composition et comme titre, et j'en ai averti M. Gaucher. A son instigation un chimiste a réussi à perfectionner la préparation du produit ; je ne puis que m'en applaudir.

Quant à l'huile biiodurée, au moment de ma communication j'ignorais, et je le regrette, les progrès réalisés par M. Laffay dans la technique de cette préparation. Je rends justice à ses efforts et je reconnais volontiers que les injections faites selon sa formule doivent être plus actives, mais cependant l'exemple qu'il nous cite, de ce confrère qui dut faire sur lui-même plus de cent injections ne semble pas confirmer son dire. Cent injections, c'est un gros chiffre.

M. Laffay nous dit aussi que ces injections peuvent être pratiquées un peu partout, indifféremment sous la peau ou dans les muscles, et qu'elles ne déterminent ni douleurs ni nodosités. Je demande pardon à M. Laffay de le mettre en contradiction avec lui-même, mais je lis dans une communication faite en mai dernier à la Société de dermatologie par MM. Laffay, Barthélemy et Lévy Bing les lignes suivantes :

a) Quelquefois nous avons observé des nodosités ne dépassant pas le volume d'une noisette ;

b) Les injections d'huile biiodurée sont au point de vue douleurs très variables : certaines sont indolores, d'autres, et *c'est la majorité*, sont douloureuses, et en moyenne la douleur persiste deux à quatre heures après l'injection ;

c) Ailleurs je lis dans la même communication : Le manuel opératoire est celui de toutes les injections intra-musculaires. Nous avons essayé en effet d'en faire quelques-unes sous-cutanées, mais elles provoquent une très violente douleur et produisent une nodosité qui persiste très longtemps.

Pour ce qui est des graves accidents déterminés dans deux cas par les injections d'huile biiodurée, je laisse à M. Laffay le soin de s'expliquer sur le cas de M. Brocq qu'il dit bien connaître.

Voici en quelques mots celui de M. Fournier :

Un malade syphilitique depuis huit ans et menacé de quelques accidents vagues de tabès avait été, sur le conseil de M. Fournier, soumis aux injections d'huile biiodurée, formule de Panas. L'opérateur était un médecin expérimenté, ancien interne des hôpitaux de Paris. Dix-neuf injections furent faites sans accidents. A la vingtième, pratiquée par le même médecin, avec les mêmes précautions et la même solution, les accidents furent formidables. Au moment de la piqûre, vers une heure de l'après-midi, un peu plus de douleur que d'habitude; quelques heures après, des fourmillements dans les orteils; le soir même un gonflement énorme de la fesse et de la cuisse. Quelques jours plus tard, une immense escarre et, finalement, une paralysie des fléchisseurs du pied, causant une infirmité persistante. Je dis et je répète qu'une méthode qui offre à son actif un accident de cette nature, qui expose un médecin expérimenté à un tel malheur, ne devrait pas être une méthode courante.

Ma critique de l'excipient huileux ne me paraît pas moins fondée, et je n'en veux pour preuve que la même communication de MM. Laffay, Barthélemy et Bing où je lis la phrase suivante : « Dans les cas où il est nécessaire de recourir aux injections solubles, il nous semble que les injections intra-musculaires de la solution aqueuse de biiodure sont de beaucoup préférables et par leur efficacité et par leur moindres inconvénients. » Si j'ai fait une erreur sur la question de solubilité, l'erreur n'est pas de moi, elle figure dans les traités de chimie, notamment dans le Dictionnaire de Würtz, auquel je l'ai empruntée. M. Laffay m'indique les recherches de Bourgouin sur ce sujet et conclut de ses travaux personnels à l'insolubilité absolue du biiodure pur. Je lui donne volontiers acte de cette affirmation que je n'ai pas qualité pour vérifier et qui importe d'ailleurs assez peu au débat. La question des injections solubles n'est pas, en effet, une simple question de forme pharmaceutique. Nul doute qu'en perfectionnant la technique de préparation, on ne les rende à la fois plus efficaces et plus inoffensives; mais quels que soient les progrès réalisés dans cette voie, ils n'ont pas remédié jusqu'à ce

jour aux défauts principaux qui vicient la méthode : *Grosse dépense et perte de temps considérable pour le malade, dangers d'accidents graves à la moindre faute d'antisepsie sans que la durée du traitement soit abrégée considérablement, sans que la cure ainsi faite donne, pour l'avenir, une sécurité plus grande que par les méthodes ordinaires.*

M. LAFFAY. — Dans notre précédente réunion du 25 juin, parlant du cas de gangrène observé par M. le Dr Brocq, à la suite d'une injection de cypridol, je formulais des réserves relativement à la façon dont avait été faite l'injection, et à l'état de conservation du produit.

M. Brocq, que j'ai vu depuis cette communication, me rappelle que l'injection a été faite avec le plus grand soin, et qu'il n'y a pas eu la moindre faute de technique; d'autre part, le médicament était dans un parfait état de conservation. Les points d'interrogation concernant M. Brocq doivent donc disparaître.

Je demande toutefois la permission de faire observer, en deux mots, que cette double constatation ne modifie en rien la valeur de mon argumentation contre la thèse soutenue par M. Danlos : j'apporte, au contraire, le témoignage de M. Brocq lui-même qui m'autorise à déclarer que, pas plus au moment de sa communication qu'aujourd'hui, il n'a un instant pensé à mettre l'accident « à l'actif » du biiodure. Il a toujours cru que la *piqûre* avait lésé « une branche importante fessière et cutanée du nerf petit sciatique », dont les ramifications ont ensuite amené des troubles trophonévrotiques dans la zone escarrifiée. Il faut noter, en effet, qu'il y a eu, en réalité, escarre, et non abcès chimique ou septique.

J'ajouterai aussi que, depuis lors, c'est par milliers de centimètres cubes que se chiffrent les solutions aqueuses de biiodure à différents titres (2, 3, 4, 5 centigrammes par centimètre cube), que j'ai eu personnellement occasion de préparer. Or les résultats sont absolument superbes, et sans le moindre incident.

J'espère, du reste, avoir l'honneur d'apporter bientôt à la Société quelques-unes des observations les plus intéressantes.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

Contre l'orchite. — Pour combattre les douleurs de l'orchite on préconise l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 30 pour un cachet ; on fait faire dix cachets.

Dès la deuxième prise, neuf fois sur dix, la douleur est arrêtée et alors il est inutile de piquer à la morphine.

Simultanément, on applique un emplâtre de Vigo.

Avec une formule plus récente :

Vaseline............................. ...	40 gr.
Gaiacol...........	5 »
Salicylate de méthyle....................	26 »

Certains médecins déclarent que la douleur et la tuméfaction diminuent rapidement.

Solution pour le nettoyage de la bouche des enfants.

Acide thymique......................	0 gr. 50
Acide benzoïque.....................	5 »
Eau de menthe.......................	2 » 50
Eau de badiane......................	2 »
Teinture de cochenille..............	6 »
Alcool à 80°........................	230 »

Mettre dans un verre d'eau une quantité suffisante de ce mélange pour produire un trouble et frotter les dents au moyen d'un tampon imbibé de cette solution.

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6°



BULLETIN

L'œil et la lumière électrique. — L'étudiant couveur. — Ce que sont devenus les frères siamois. — La taxe sur les eaux minérales. — Machine à désinfecter américaine. — Etiologie du cancer. — L'assainissement de la Corse.

On admet généralement que la lumière électrique est plus préjudiciable à la vue que les autres variétés de lumière artificielle. Un ophtalmologiste russe vient de s'élever contre une telle croyance se basant sur ce fait que les maladies et les altérations de l'œil sont directement proportionnelles à la fréquence de l'occlusion des paupières. Or il aurait constaté que l'occlusion se reproduit avec la lumière d'une bougie 6,8 fois par minute; avec la lumière du gaz 2,8 fois; avec la lumière du soleil 2,2 fois seulement 1,8 fois avec la lumière électrique.



Un étudiant en médecine de la Faculté de Moscou, M. Kolomaïzeff, dit le *Rappel*, a fait une expérience scientifique curieuse. Il a couvé l'œuf d'une dinde en le portant pendant dix-huit jours sous l'aisselle. A Saint-Pétersbourg il a immédiatement trouvé un grand nombre d'imitateurs. On ne voit, dit le même journal, que des gens qui essaient de couver des œufs d'oie et de poule, et certains se sont même donné la tâche de faire éclore des canards. On ignore encore avec quel succès.



A propos de la récente opération pratiquée par M. Doyen sur les sœurs hindoues, on s'est demandé ce que sont devenus les fameux frères siamois qui s'exhibaient dans toute l'Europe. Il paraît qu'après fortune faite, les deux jumeaux se sont mariés l'un et l'autre. L'un a eu 5 enfants, l'autre 6. Ils sont morts en 1874 : l'un par suite de maladie, l'autre par suite de la mort du premier (par hétéro-infection ou auto-intoxication).



La mévente des vins doit-elle nécessairement entrainer la mévente des eaux? Tel semblerait être l'avis de M. Salis, député de l'Hérault qui propose d'établir une taxe sur les eaux minérales, devant rapporter, suivant lui, 5 à 6 millions, et à édicter des pénalités sévères contre la fraude. A ce dernier point de vue tous les hygiénistes sont avec lui, mais ils protestent avec la plus vive énergie contre toute entrave portée à la consommation des eaux minérales, véritables remèdes dont il faut autant que possible faciliter l'accès à toutes les bourses. Quant aux eaux qui, sont de simples boissons de table, il est plus humain, plus logique et plus sensé de les dégrever de tout droit, que les prétendues boissons hygiéniques au rang desquelles on s'obstine à classer les vins.



On fait usage en Amérique d'une machine à désinfecter où la chambre à vapeur est à double enveloppe. Dans l'intervalle circule de la vapeur empêchant ainsi une condensation trop rapide dans la chambre et permettant de chauffer les objets à désinfecter avant l'admission de la vapeur, puis de les sécher après l'opération. Pour éviter toute possibilité de vie des germes, une pompe

à air fait le vide dans la chambre avant l'admission de la vapeur, La marche de la vapeur se règle à volonté. Les objets sont introduits au moyen d'un chariot métallique. Le générateur produit la vapeur à haute pression.

⁂

Le Dr Jonathan Hutchinson assigne une nouvelle cause à la fréquence du cancer à notre époque. C'est l'abus des préparations arsenicales.

Il regarde comme démontré que l'usage longtemps continué de l'arsenic peut déterminer la production du cancer. Il est probable, ajoute-t-il, que l'emploi de cette substance est une des causes qui ont contribué à l'accroissement de la maladie signalée depuis le siècle dernier.

La vaste enquête faite en Allemagne sur la question du cancer a montré que le mariage, comme condition adjuvante exerce une influence suivant l'âge, le cancer atteignant plus fréquemment les célibataires et rarement, au contraire, les gens jeunes; que dans 17 p. 100 seulement des cas on a pu établir l'existence de quelque influence héréditaire, l'infection ayant été soupçonnée dans 433 cas en particulier chez les gens mariés et chez ceux qui ont soigné des sujets cancéreux; que l'emploi d'engrais chimiques semble prédisposer les habitants de la région au cancer de l'estomac, de même que l'usage des vins acides et du cidre comme boisson.

⁂

Dans une des dernières séances de l'*Académie de médecine*, M. Laveran rendant compte d'un voyage qu'il vient de faire en Corse pour y étudier les mesures prises ou à prendre contre le paludisme, signale que dans toutes les localités insalubres il a

trouvé des moustiques en très grande quantité et ces moustiques étaient dans une très forte proportion représentés par des « anopheles maculipennes », c'est-à-dire par l'espèce qui est accusée de transmettre l'hématozoaire de la malaria. Grâce à la ligue qui s'est formée à Bastia, sous la présidence de M. Battesti, les mesures de prophylaxie commencent à entrer en pratique. C'est ainsi que le prix de la quinine a été considérablement abaissé, que l'usage préventif de ce médicament se répand de plus en plus, que l'emploi des toiles métalliques pour la protection des habitations contre les moustiques a été adopté par plusieurs grandes administrations et que les mesures générales d'assainissement telles que le dessèchement des marais paraissent devoir être combinées avec les mesures de prophylaxie individuelle. M. Laveran conclut que l'assainissement de la Corse est possible, facile même sur beaucoup de points si l'on se décide à tenir véritablement compte des nouvelles données de la science sur le mode de propagation du paludisme.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique (1),

par ALBERT ROBIN,
de l'Académie de Médecine.

VII. — TRAITEMENT DE LA LITHIASE RÉNALE

Voici une jeune femme qui a été prise brusquement au milieu de la nuit d'une douleur dans la région de l'hypocondre gauche. Cette douleur, après avoir persisté pendant 48 heures, a cessé tout d'un coup et a été suivie de l'émission d'urines épaisses et foncées.

Cette crise, accompagnée de mictions fréquentes, terminée par une décharge d'acide urique qui formait au fond du vase un dépôt abondant et rougeâtre, présente bien le tableau d'une colique néphrétique. C'est, du reste, la troisième fois que cette femme présente ces accès.

En ce moment, toute douleur spontanée a disparu; à la pression seulement, le trajet de l'uretère est encore un peu sensible. Je dois ajouter que cette crise a été accompagnée de vomissements verdâtres, porracés, très abondants.

(1) Recueillies et rédigées par le Dr BERTHERAND, assistant du service.

Je voudrais, à propos de cette malade, vous parler du traitement de la lithiase rénale. Il comprend plusieurs parties :

1° Traitement de la colique néphrétique ;

2° Traitement de la lithiase rénale proprement dite ;

3° Traitement de la maladie, *de la diathèse* qui engendre des calculs d'acide urique ou d'oxalate de chaux se précipitant dans le bassinet et donnant lieu, au moment de leur expulsion, à la crise néphrétique.

A. — Traitement de la colique néphrétique.

Deux indications sont à remplir :

1° *Calmer la douleur.*

Le meilleur moyen de calmer la douleur est l'injection hypodermique de 1 centigramme de *morphine* ou de 1 milligramme d'*héroïne*, ou de 1 centigramme de *dionine*, que l'on pourra répéter, s'il est nécessaire.

Mais tout malade sujet aux crises néphrétiques doit avoir en sa possession un moyen immédiat de soulager ses souffrances, avant l'arrivée du médecin. Je conseille, en pareil cas, l'emploi de la potion suivante, que le graveleux pourra conserver chez lui, un temps indéfini, sans qu'elle subisse d'altération :

Bromure de potassium	6	gr.	
Eau de laurier-cerise	10	»	
Sirop d'éther	30	»	
Chlorhydrate de morphine	0	»	05
Hydrolat de valériane	120	»	

Prendre une cuillerée à soupe de cette potion toutes les demi-heures, jusqu'à disparition des phénomènes doulou-

reux, sans dépasser quatre à cinq cuillerées. Le soulagement ne tardera pas à se faire sentir.

2° *Faciliter l'élimination des concrétions.*

Pour provoquer l'expulsion du calcul, vous donnerez des diurétiques. J'emploie surtout les plantes indigènes : les fleurs de la reine-des-prés, ou de fèves des marais.

Dès le début de la colique, vous faites prendre d'heure en heure une infusion de 2 grammes de *fleurs de reine-des-prés* ou de *fleurs de fèves de marais* dans 150 grammes d'eau.

Vous pouvez conseiller les *feuilles de mûrier*, qui sont un diurétique assez puissant, soit 7 gr. 50 en infusion dans 500 gr., d'eau chaude à prendre en l'espace de 3 ou 4 heures.

Certes, cette médication augmente quelquefois les douleurs en activant l'expulsion des calculs, mais elle réalise alors le traitement de la cause provocatrice de la colique.

B. — Traitement de la lithiase rénale.

Vous mettrez le malade au *régime lacté* pendant les jours qui suivront l'accès de colique néphrétique, une huitaine environ. Au bout de trois ou quatre semaines, si vous êtes en saison, vous l'enverrez aux eaux minérales, sinon il fera sa cure chez lui.

Nombreuses sont les stations sur lesquelles vous pourrez diriger votre malade. Elles reconnaissent chacune des indications spéciales.

Je les range en cinq groupes :

1er groupe · Vittel, Contrexéville, Martigny.
2e groupe : Capvern.
3e groupe : Evian, Thonon, Amphion.
4e groupe : Wildungen.
5e groupe : Vichy.

En principe, je repousse *Vichy*, sauf indications spéciales. En effet, les calculs sont formés d'acide urique ou d'urates ainsi que d'oxalate de chaux. L'eau de Vichy, prise en quantité, — c'est la source des Célestins qui est le plus souvent employée, dans le cas qui nous occupe, — rend l'urine alcaline. Il y a alors précipitation des phosphates de l'urine sur les calculs déjà existants; ceux-ci augmentent de volume.

Il se forme à leur surface une couche de phosphate de chaux, quelquefois même de phosphate ammoniaco-magnésien, et souvent, les calculs éliminés à Vichy présentent, à leur périphérie, une couche molle, blanchâtre, constituée par des phosphates, tandis que le centre a un aspect brunâtre.

Cette augmentation du volume des calculs, sous l'influence d'une cure à Vichy, me semble devoir compenser les propriétés expulsives de ces eaux, et m'engage à ne les employer qu'avec une extrême réserve.

Si les reins sont irritables, s'il y a de petites hématuries, vous n'enverrez vos malades ni à *Contrexéville*, ni à *Martigny;* vous choisirez une eau indifférente comme *Evian*, *Amphion*, quelquefois *Vittel*.

De même, s'il existe du catarrhe rénal, s'il y a un peu de pus dans l'urine, des indices de pyélite, je repousse *Martigny*, *Contrexéville*, *Capvern*, qui sont des eaux trop actives. Je choisis entre *Vittel*, *Evian*, *Wildungen*.

S'il n'y a que des traces légères d'albumine, l'eau de *Martigny* ou de *Contrexéville* n'est pas contre-indiquée.

Nous allons donc faire venir de l'eau de Contrexéville à l'hôpital et notre malade pourra suivre sa cure dans nos salles :

Tous les matins à jeun, elle prendra tous les quarts

d'heure, un grand verre d'eau de Contrexéville de 333 grammes, d'après les règles suivantes :

1er et 2e	jour 333 grammes		8 h., 8 1/4.
3e et 4e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2.
5e et 6e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4.
7e et 8e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4, 9.
9e au 16e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4, 9, 9 1/4.
17e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4, 9.
18e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4.
19e	—	—	8 h., 8 1/4, 8 1/2.
20e	—	—	8 h., 8 1/4.
21e	—	—	8 h., 8 1/4.

Pendant la cure quatre phénomènes indiquent au médecin si elle est bien supportée :

1° L'eau doit être bien tolérée par l'estomac et ne pas provoquer de malaises gastriques ;

2° Le malade doit uriner, dans les deux heures qui suivent le dernier verre, la plus grande partie de l'eau qu'il a absorbée ;

3° Dès qu'il arrivera à prendre six verres d'eau, bien que l'urine soit aqueuse, il doit se former au fond du verre une grande quantité de dépôts rougeâtres qui sont des cristaux d'acide urique. Le matin, au réveil, cette quantité de sable doit être encore en plus grande abondance que dans la journée ;

4° Pendant le temps qui s'écoule entre le dernier verre et le déjeuner, le malade doit avoir deux ou trois selles diarrhéiques bilieuses, fétides. Mais cette diarrhée ne doit pas se reproduire après le déjeuner.

Vous essayerez donc la cure chez le malade et si ces quatre conditions se trouvent remplies, vous pouvez l'envoyer à la station de votre choix, avec la certitude d'obtenir une amélioration.

Pendant la cure, le malade doit prendre quelques précautions :

1° Il se promènera un quart d'heure entre chaque prise d'eau, mais sans se fatiguer; au besoin, il peut se contenter de circuler dans son appartement;

2° Il ne se mettra à table que deux heures après avoir absorbé le dernier verre;

3° Il ne boira à ses repas que de l'eau de Contrexéville. Il ne mangera ni crudités, ni acides : fruits, salades non cuites, citron, oseille, vinaigre, tomates, etc.

Ces règles seront rigoureusement suivies par le malade, s'il veut tirer du traitement tout le bénéfice que celui-ci doit comporter.

C. — Traitement de la diathèse.

Il consiste à prévenir la formation des calculs.

Ces conditions seront remplies par :

a) Le régime ;
b) L'hygiène ;
c) Les médicaments.

a) *Le régime.* — Il est de règle de défendre aux graveleux les viandes rouges; on leur prescrit surtout des viandes blanches, du poisson léger.

Schweninger, de Berlin, le premier, a protesté contre cette méthode, et de préférence aux viandes blanches, il préconise les viandes faites ou rouges.

En étudiant les variations de l'acide urique des urines suivant l'alimentation, je me suis rendu compte que les matières collagènes ou gélatineuses, qui sont contenues en plus grande quantité dans les viandes jeunes, comme le mouton, l'agneau, le veau, augmentent la quantité d'acide

urique d'une façon beaucoup plus notable que la viande de bœuf.

J'ai constaté aussi que les viandes qui renferment des nucléines, comme la cervelle, le riz de veau, les aliments gélatineux et les gelées de viandes augmentent l'acide urique d'une façon beaucoup plus considérable que les viandes faites.

De même, les aliments d'épargne, les corps gras, les féculents, le sucre, le chocolat, les pâtisseries, augmentent aussi l'acide urique.

Vous défendrez donc les aliments collagènes et ceux qui contiennent des nucléines. Vous interdirez les viandes jeunes, plutôt que les viandes faites. Vous permettrez le bouillon frais, les potages maigres, la viande de bœuf et les volailles, rôties, grillées ou bouillies, servies sans sauce, les poissons légers cuits à l'eau, peu d'œufs ; les légumes verts, sauf l'oseille, les tomates et les haricots verts, à condition qu'ils soient cuits à l'eau et additionnés à table d'un peu de sel et de beurre frais. Tous les fruits sont permis.

L'alimentation doit comporter deux tiers de végétaux pour un tiers de viande et d'œufs. Vous recommanderez d'user largement du *jus de citron*. Le citron, bien qu'il soit un fruit acide, renferme du citrate de potasse, qui se brûle dans l'organisme et donne naissance à du carbonate de potasse qui alcalinise l'urine.

En Allemagne, on préconise maintenant beaucoup ce mode de traitement.

Comme boisson, vous défendrez l'alcool, qui augmente l'acide urique. Vous proscrirez le café, qui contient de la caféine ou triméthyl-xanthine. Celle-ci perd deux équivalents de méthyle dans l'organisme, et devient de la monométhyl-xanthine, intermédiaire de l'acide urique : il en est de même du thé, du maté et même du chocolat, car son

principe actif, la théobromine, est de la triméthyl-xanthine.

Si l'alcool est interdit aux uricémiques, vous pourrez cependant autoriser quelquefois les vins blancs du Rhin et de la Moselle étendus d'eau. Ces vins renferment des racémates alcalins, qui se brûlent dans l'organisme en formant des carbonates.

Le cidre passe pour un puissant lithontriptique. Vous pourrez le permettre à condition qu'il ne soit pas pris ni trop longtemps, ni en trop grande quantité; car l'urine s'alcalinise sous son influence.

L'eau pure constitue la meilleure des boissons, elle ne doit pas être trop chargée de sels de chaux. Sous son influence, il y a d'abord une élimination plus considérable, ensuite une diminution et même une disparition de l'acide urique. Il se fait un lavage de l'organisme et comme une inhibition de la formation de l'acide urique. C'est pourquoi dans mon traitement de l'obésité, dont vous avez eu maintes fois à constater les effets dans le service, je proscris absolument le régime sec, qui jouit actuellement d'une si grande vogue. Défendez les boissons aux obèses; ils maigriront certainement; mais leurs urines deviennent rares, chargées; il peut se former des calculs, et le malade s'expose fréquemment à la colique néphrétique.

b) *L'hygiène*. — La contention d'esprit soutenue, une existence sédentaire enrayent les combustions organiques et restreignent l'élimination des déchets uratiques.

Il faut donc conseiller aux graveleux de prendre de l'exercice.

L'*exercice* ne doit pas aller jusqu'à la fatigue, sous l'influence de laquelle l'acide urique augmente, de même qu'avec le sédentarisme. Sous l'influence d'un exercice modéré, il se fait une décharge d'acide urique, puis il y a

une diminution dans sa production et, au bout d'un certain temps, une élimination inférieure.

J'ai pu étudier l'élimination de l'acide urique chez un coureur à bicyclette, qui fit la course Bordeaux-Paris. Avant son départ, l'acide urique excrété était de 0 gr. 500 par 24 heures; les jours qui suivirent son retour à Paris, il montait à 2 grammes ; quinze jours après, il atteignait encore 1 gr. 50 par 24 heures.

Chez un banquier, qui voulut bien se soumettre à cette expérience et s'entraîner peu à peu à bicyclette en terrain plat, à une allure modérée et sans fatigue, en commençant par une promenade d'un quart d'heure, pour arriver progressivement à une heure, je pus constater les premiers jours, une élimination beaucoup plus considérable d'acide urique. Il redevint ensuite normal, pour tomber enfin au-dessous de la moyenne.

L'exercice modéré et régulier favorise donc l'élimination de l'acide urique et en diminue la formation, contrairement au surmenage qui en active la production.

Recommandez aussi les frictions matinales après le tub, avec de l'alcool camphré; elles activent la circulation et multiplient les contacts entre les tissus et les plasmas alcalins.

c) *Les médicaments.*

Vous ne les donnerez jamais d'une façon continue, mais vous les ferez prendre en les alternant les uns avec les autres. Le meilleur médicament est la *pipérazine*, qui se combine avec l'acide urique, en formant des urates solubles.

Les auteurs recommandent les doses de 1 à 4 grammes, jamais moins de 2 grammes en moyenne, et cela pendant un temps assez long.

Je considère que c'est une mauvaise pratique. Je donne des doses faibles de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 *pro die*, pas plus de

trois ou quatre jours. Sous l'influence de cette méthode, vous pouvez constater vers le troisième ou le quatrième jour une décharge d'acide urique dans l'urine.

Elle ne se reproduit pas les jours qui suivent; mais, si vous cessez le traitement durant cinq à six jours et que vous le repreniez ensuite, vous constaterez de nouveau une décharge d'acide urique. Vous n'observerez jamais cette augmentation de l'élimination avec un traitement continu.

Je formule ainsi :

Pipérazine	3	gr.
Eau distillée	300	»

Une cuillerée à soupe de cette solution représente 0 gr. 15 du sel; le malade en prendra deux cuillerées, une après le déjeuner, une après le dîner, pendant les trois premiers jours de la semaine.

Les trois derniers jours, je prescris la *lithine*, sous forme de *carbonate de lithine*, à la dose de 25 centigrammes, dissous dans un peu d'eau, avant chaque repas. Ce traitement doit être continué des semaines et des mois.

Comme médicaments succédanés, j'emploie le *sidonal*, qui est un *quinate de pipérazine*, et qui a été introduit dans la thérapeutique, il y a trois ans. L'acide quinique de ce sel se combine avec le glycocolle pour former de l'acide hippurique, qui s'élimine par l'urine; il reste de la pipérazine à l'état naissant, qui sature une plus grande quantité d'acide urique (on sait que tout corps à l'état naissant a une action beaucoup plus énergique).

De même que pour la pipérazine, j'emploie des doses faibles et longtemps prolongées, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 par jour :

Sidonal	3	gr.
Eau distillée	300	»

Deux cuillerées à soupe par jour, au moment des repas.

On trouve encore dans le commerce d'autres médicaments.

J'ai obtenu de bons résultats avec la globularine et la globularétine ; je les réunis dans la formule suivante :

Globularine..	0 gr. 05
Globularétine................	0 » 07
Alcool à 90°........................	20 »

Prendre V à X gouttes avant les repas dans un peu d'eau.

Vous pouvez donner pendant les premiers jours de la semaine, le sidonal ou la pipérazine ; et pendant la fin de la semaine, le carbonate de lithine en même temps que la globularine. Au même titre on pourrait aussi administrer la *quinate de lithine*, qui réunit les propriétés de l'acide quinique (formation d'hippurates solubles) aux propriétés dissolvantes de la lithine.

Il existe encore d'autres médicaments, la *formine* ou l'*urotropine* qui produit de très bons effets dans la diathèse urique, et que l'on peut avec avantage combiner à l'acide quinique, ce qui produit un corps analogue au *sidonal* qui, je viens de le dire, est un quinate de pipérazine, et le *lycétol*, à la dose de 0 gr. 50 *pro die*, deux fois par jour de préférence avant les repas.

J'associe à ces remèdes la *strychnine* à faibles doses. J'emploie volontiers la formule suivante :

Teinture de fèves de Saint-Ignace.........	6 gr.
— de badiane......................	6 »

A prendre VI gouttes à la fin du repas, tous les jours, pendant les deux périodes de traitement précédentes.

Enfin recommandez à vos malades de ne pas restreindre la quantité des boissons, surtout pendant les chaleurs de l'été, et de boire abondamment aux repas. Si cet excès de boissons produisait quelques troubles digestifs, conseillez-leur de prendre, après le repas, une infusion aromatique

chaude, qui soit en même temps diurétique, comme une infusion de fleurs de *reine-des-prés* par exemple.

Je n'ai pu dans cette leçon vous donner que des indications extrêmement sommaires. Nous suivrons la malade que je vous ai présentée. Tout symptôme de colique néphrétique ayant disparu chez elle, elle va faire la cure de Contrexéville dans nos salles d'après les règles que je vous ai indiquées. Après ces vingt jours de cure; elle commencera le traitement alternant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des péricardites (1),

par M. H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Necker.

Insuccès, accidents opératoires. — Si l'on s'en tenait à l'opinion d'A. Guérin qui prescrivait de ne pas enfoncer le trocart à plus de 2 centimètres, on risquerait bien souvent de faire des *ponctions sèches*, surtout lorsque l'opération se fait loin de sternum. Car, d'une façon générale, la profondeur à laquelle on doit faire pénétrer l'instrument augmente à mesure que l'on éloigne du bord sternal le champ opératoire. C'est ce qui explique en partie les chiffres différents indiquées par les divers auteurs (6 centimètres dans

(1) Voir les numéros 14 et 15 des 15 et 23 octobre 1902.

un cas de Chaillou, 5 centimètres environ dans celui de Hindenlang, enfin 4 centimètres dans celui de Clifford), la profondeur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres au plus devant être acceptée comme règle générale. Mais, encore une fois, plus on se rapproche du sternum et moins profondément le trocart doit pénétrer pour arriver au liquide, car dans le sixième espace et le long du bord sternal gauche, la pénétration de l'instrument à 6 centimètres risquerait, d'après Voïnitch, d'atteindre le cœur, le diaphragme et même le lobe gauche du foie. Cependant, la ponction pratiquée suivant toutes les règles peut rester sèche pour des raisons diverses : adhérences partielles du péricarde et épanchements enkystés précardiaques et surtout rétrocardiaques ; interposition d'un épanchement antérieur et enkysté de la plèvre ; fausses membranes péricardiques très épaisses et comme cartilagineuses. Dans ce dernier cas, Raynaud recommande de faire pénétrer lentement et d'un coup droit porté directement d'avant en arrière, le trocart qui autrement glisserait sur le péricarde épaissi, comme cela est arrivé à plusieurs opérateurs (Aran, Trousseau, Roger). L'insuccès de l'opération peut n'être qu'apparent, et lorsque le trocart a pénétré à une profondeur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, avant de le retirer, il faut avoir soin de faire pencher légèrement le tronc en avant et un peu à droite. De cette façon, le liquide peu abondant et collecté en arrière et près des gros vaisseaux dans la position horizontale, se portant en avant et en bas, peut alors être évacué par la canule.

La *blessure des vaisseaux mammaires*, et surtout celle de l'artère mammaire interne serait certainement un accident grave de l'opération, en raison de l'issue du sang dans la plèvre et de la difficulté d'arrêter l'hémorragie par suite de

la situation anatomique du vaisseau. Mais, ainsi que Raynaud l'a fait remarquer, elle n'a pas encore été observée.

La *blessure du poumon* est extrêmement rare et même impossible, puisqu'il est toujours refoulé en arrière par l'épanchement péricardique. Les *pneumonies* mortelles, notées par quelques observateurs (Heger, Béhier) après la paracentèse du péricarde, dépendaient soit de l'état général, soit d'une infection accidentelle du poumon par une pleurésie purulente.

Lorsque la ponction est pratiquée anormalement au-dessus du cinquième espace intercostal, on a beaucoup de chances pour traverser la séreuse pulmonaire (1) et le procédé de Delorme-Mignon a surtout pour but d'éviter la *blessure de la plèvre*, redoutée à ce point que d'après Baizeau, « ce qui détermine la gravité de la ponction, c'est le passage dans la cavité pleurale du liquide péricardique, liquide tantôt séreux, tantôt séro-sanguin, et parfois purulent ». C'est ainsi qu'une pleurésie purulente et une double congestion pulmonaire sont survenues trois jours après la ponction d'un épanchement séro-purulent du péricarde, probablement par suite de la pénétration de

(1) Les expériences faites sur le cadavre (dès 1868) par Baizeau ont donné les résultats suivants : sur 22 sujets, il a enfoncé perpendiculairement, près du sternum, un trocart dans chaque espace intercostal depuis le 2e jusqu'au 6e inclusivement ; toutes les fois qu'il a été introduit dans le 2e espace, il a pénétré dans la plèvre ; dans le 3e espace, 8 fois le trocart a ouvert la plèvre, 14 fois il a pénétré dans le médiastin ; dans le 4e espace, l'instrument a glissé entre les deux plèvres 17 fois, et 5 fois on dehors de la plèvre gauche ; dans les 5e et 6e espaces intercostaux, une seule fois la plèvre a été ouverte, et encore le médiastin était-il entraîné à droite par des adhérences pleurales. C'est ainsi que par les procédés de Riolan (trépanation du sternum), de Larrey (introduction de l'instrument près de la base de l'appendice xiphoïde), de Baizeau (ponction le long du bord gauche du sternum), on éviterait toujours la blessure de la plèvre.

quelques grammes de ce liquide dans la cavité pleurale (1). A vrai dire, depuis l'emploi des appareils aspirateurs et des fins trocarts, les conséquences de cet accident (contamination de la plèvre par le liquide purulent du péricarde, entrée de l'air dans la cavité pleurale) ne sont presque plus à craindre. Lorsqu'il existe un double épanchement pleural et péricardique de même nature, il est souvent impossible, même après la paracentèse, d'établir le diagnostic exact et de savoir, par exemple, si le pus émane de la plèvre ou du péricarde. Quand les deux liquides sont d'une nature différente, alors le diagnostic s'impose, ainsi qu'il résulte de cette observation (2) : La ponction à 1 centimètre et demi du bord gauche du sternum donne issue à environ 500 grammes de liquide clair et citrin et un peu plus profondément à 700 grammes de pus.

Dans une observation de Trousseau, il est fait mention d'une attaque d'*éclampsie* avec paralysie incomplète du côté droit, survenue chez un jeune homme de vingt-sept ans, le soir même d'une paracentèse du péricarde. Mais, pendant l'opération, on avait noté que très probablement une certaine quantité de liquide avait pu s'écouler dans la plèvre, et d'autre part une cuillerée environ d'une injection iodée destinée au péricarde avait également pénétré dans la plèvre. Ces accidents épileptiformes sont comparables à ceux que Maurice Raynaud a été l'un des premiers à signaler à la suite des injections pleurales.

A l'autopsie des malades atteints d'épanchement péricardique ayant été ponctionnés ou non, on constate assez sou-

(1) Nixon. *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1876.

(2) Kussmaul (cité par Hindenlang). *Deutsch. Arch. f. kl. med.*, Leipzig, 1879.

vent l'existence d'une *thrombose intra-cardiaque*. On aurait grand tort de la regarder toujours comme une des suites de l'opération ; elle est plus fréquemment une des suites de la maladie, la compression du cœur avec ou sans dégénérescence du myocarde étant une cause suffisante pour la production de ces caillots intracardiaques.

De tous les accidents de la paracentèse péricardique, la *blessure du cœur* a toujours été l'objet des plus grandes préoccupations. Sans doute, elle n'est pas aussi grave qu'on pourrait le supposer, surtout lorsqu'elle est superficielle ou intra-myocardique et non cavitaire, et qu'elle intéresse seulement le ventricule gauche. D'une part, les expériences d'acupuncture sur les animaux par Cloquet, celles d'Onimus et Legros, celles qu'a entreprises Steiner au sujet de l'électropuncture comme mode de traitement de la syncope chloroformique ont démontré depuis longtemps l'innocuité relative de ces blessures, et Haro (de Philadelphie) a été jusqu'à dire (1897) que les plaies pénétrantes du ventricule gauche peuvent même ne présenter aucune gravité à la condition qu'elles soient faites avec des instruments très fins et aseptiques. On cite, d'autre part, des cas (Obs. de Roger, Bouchut) où l'aiguille du trocart a blessé le ventricule gauche sans laisser de traces ou sans provoquer d'accident. Cependant, on rapporte d'autres faits, ceux de Baizeau, Southey, Roache (de Brooklyn), de West où la mort est survenue deux heures ou même quelques minutes après la piqûre du cœur (1). Mais alors, le plus souvent, il s'agissait de la blessure toujours très grave de l'oreillette ou du ventricule droits,

(1) Baizeau. *Loc. cit.* — Southey. *Soc. de méd. et de chir. de Londres*, 1893. — Roache. *Congrès de Washington*, 1897. — West. *Brit. méd. Journ.*, 1891.

et, dans le fait d'Andrew Callender, le trocart introduit le long du sternum au quatrième espace intercostal gauche avait pénétré dans le ventricule droit, d'où hémorragie mortelle du péricarde. C'est pour cette raison que toute ponction péricardique faite à la plus grande distance possible du bord sternal gauche, offre toujours moins de dangers à ce point de vue; c'est encore pour cela qu'on ne saurait trop condamner le précepte de Roberts (1) recommandant d'enfoncer l'aiguille jusqu'à l'apparition du liquide, car, en cas d'adhérences thoraco-péricardiques ou d'erreur du diagnostic, on risquerait de pénétrer dans les cavités cardiaques. C'est encore pour éviter la blessure du cœur qu'il faut, si l'on se sert d'une aiguille creuse, après avoir fait pénétrer celle-ci à une profondeur d'un centimètre dans l'épaisseur des tissus, l'enfoncer progressivement « le vide à la main » jusqu'à 2 centimètres et demi à 3 centimètres, moment où le liquide monte dans l'appareil aspirateur, et alors on a soin de placer l'aiguille horizontalement dans un sens parallèle au ventricule pour ne pas le blesser. On sent qu'on est en contact avec le cœur par les pulsations isochrones aux battements artériels et communiqués à l'instrument.

La *pénétration de l'air dans la cavité péricardique*, signalée dans les observations d'Aran et Bouchut, peut donner lieu à un hydropneumopéricarde qui n'offre pas une grande gravité et qui du reste n'est plus à craindre avec les appareils aspirateurs.

Quant à la *transformation purulente* d'un épanchement après la ponction du péricarde, il ne peut se produire que si l'on se sert d'instruments non aseptiques, ou que si l'on pénètre

(1) *New-York med. Journ.*, 1876.

dans le péricarde à travers un foyer purulent situé en dehors de lui.

Les suites immédiates de l'opération sont ordinairement des plus simples : assez rarement, tendance à la *syncope* (Champouillon), fréquence du pouls et véritable *tachycardie*, d'autres fois ralentissement du pouls. On a noté parfois une *toux* quinteuse comme après la thoracentèse (Delorme et Mignon). Enfin, dans le fait de Barthet (1874) la ponction d'une péricardite rhumatismale avec épanchement sanguinolent donna lieu pendant une demi-heure à une vive *douleur* bientôt calmée par l'injection de XV gouttes de liqueur d'opium.

Conclusions. — La paracentèse du péricarde, faite suivant les règles que nous avons établies, est certes une opération plus délicate que la thoracentèse, mais elle est facile à faire, elle n'expose le plus souvent à aucun accident, elle n'offre aucun danger surtout lorsqu'elle est pratiquée en dehors de l'artère mammaire et au-dessous du cœur.

Elle est essentiellement une opération d'urgence indiquée dans tous les cas où un épanchement séreux, séro-fibrineux ou hémorragique compromet les fonctions du cœur non seulement par son abondance, mais aussi et surtout par la rapidité de sa production. Pour ces deux raisons et surtout pour la dernière, la nature hémorragique de l'épanchement devient une indication, au lieu d'être une contre-indication à la ponction, ainsi que H. Roger le croyait à tort. « Quelle que soit la cause de l'hémopéricarde, disait-il, il y a, dans tous les cas, contre-indication à la paracentèse. S'il est simple et non diathésique, on peut supposer qu'il se résorbera de lui-même, à peu près comme un épanchement séreux; s'il est lié à des hémorragies spontanées multiples,

c'est la généralisation de ces hémorragies, bien plus que leur localisation, qui en fait la gravité extrême, et conséquemment il n'y a aucun bénéfice pour le malade à espérer de la paracentèse. » Il y a, dans ces affirmations, plusieurs erreurs relevant d'une fausse interprétation du but visé par l'opération. Celle-ci n'est pas curative, sauf lorsqu'il s'agit d'une péricardite rhumatismale, puisqu'une simple ponction peut être suffisante; elle n'est que palliative, et la preuve, c'est qu'elle doit être parfois répétée dans la péricardite tuberculeuse; elle ne guérit pas la maladie, elle conjure un danger, et celui-ci est souvent à son maximum dans les épanchements hémorragiques, parfois très rapides et très abondants. Quand on est témoin, dit Trousseau, de « l'anxiété qui résulte de la pression des liquides sur le cœur, quand on assiste à cette longue et redoutable agonie, on se sent encore trop heureux de ne donner même qu'un soulagement temporaire, et de voir se prolonger une existence qu'on a rendue moins pénible ».

D'autre part, comme la nature — séreuse, hémorragique ou purulente — de l'épanchement n'est jamais connue d'une façon certaine par les moyens de diagnostic dont nous disposons, on peut dire que tout épanchement, lorsqu'il compromet le fonctionnement cardiaque, indique tout d'abord la paracentèse. Mais, lorsque celle-ci démontre la présence du pus, une autre opération qui peut être curative s'impose presque toujours : la péricardotomie. Encore, ne doit-on avoir recours à celle-ci que dans les cas où l'épanchement purulent se reproduit. Car plusieurs observations démontrent que l'évacuation d'un liquide purulent peut rester définitive après une seule paracentèse du péricarde (1).

(1) Frémy et Ponroy, *Gaz. des hôp.*, 1870.

VIII. — Péricardotomie

Une des premières opérations sur le péricarde a été celle de Desault en 1798; tentative de péricardotomie, puisque l'autopsie démontra l'existence d'une poche accidentelle sus-diaphragmatique qui avait été attribuée à la séreuse externe du cœur. L'opération avait été faite de la façon suivante : incision par le bistouri entre les 6e et 7e cartilages gauches vis-à-vis de la pointe du cœur; division successive de la peau, des fibres du grand oblique et du grand pectoral avec le plan des intercostaux, en laissant en dedans la mammaire interne; après l'introduction du doigt qui reconnut une poche fluctuante, incision de celle-ci avec un bistouri mousse, et évacuation d'un litre de sérosité; mort après 4 jours.

Au sujet d'un cas d'hémopéricarde, Larrey imagine d'atteindre la séreuse vers son point le plus déclive, par la voie épigastrique, ce qui permet de rester éloigné du cœur et d'avoir un écoulement plus facile du liquide. Il propose une incision oblique qui, partant de la jonction du cartilage de la 7e côte du sternum, suit le bord de ce cartilage jusqu'à celui de la 8e côte.

Vers la même époque, Romero (de Huesca) incise la poitrine entre les 5e et 6e côtes au niveau de leurs jonctions avec les cartilages; après introduction du doigt dans la plaie pour explorer le péricarde, il se contente de saisir le sac avec des pinces et de l'ouvrir avec des ciseaux courbes.

De nos jours, la péricardotomie sans résection costale a été encore pratiquée par Rosenstein, Partzewski, Teale,

Dickinson, Parker, Davidson (1), etc. Mais, ainsi que Terrier le fait remarquer, cette opération faite dans un espace intercostal sans résection cartilagineuse ou osseuse, semble être insuffisante parce qu'elle ne permet pas une assez grande ouverture de la séreuse, et dangereuse parce qu'elle expose à la blessure des vaisseaux mammaires internes, de la plèvre et des poumons. L'opération de Riolan (trépanation préalable du sternum), pratiquée ensuite par Skielderup, conseillée par Laënnec et Boyer, renouvelée de nos jours par Molle et Bekmann (2) est encore insuffisante, et elle expose à quelques dangers : suppuration osseuse, infiltrations possibles du liquide péricardique dans le médiastin.

On doit donner la préférence à la résection préalable des cartilages costaux, du 5e cartilage (Ollier), des 5e et 6e cartilages gauches (Delorme et Mignon), du 5e cartilage costal et d'une encoche du bord sternal (Durand) (3), enfin pour les épanchements abondants, à la résection de 4 centimètres du 6e cartilage costal, l'artère mammaire restant en dedans et la plèvre en dehors du champ opératoire (Voïnitch).

Dernièrement, Jaboulay a repris l'opération de Larrey en la modifiant; l'incision se fait toujours par la voie inférieure; mais, au lieu d'être latérale, elle est médiane, et étendue au-dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde avec une longueur de 3 à 4 centimètres, elle intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; alors, l'index pénètre dans le tissu cellulaire sous-séreux, remonte derrière l'appendice et sent les battements du cœur, ce qui permet

---

(1) Rosenstein (de Leyde). *Berl. klin. woch.*, 1881. — Partzewski, *Méd. Obosr.*, 1882. — Teale. *Med. chir. Trans.*, 1883. — Dickinson. Davidson, Parker. *Brit. med. Journ.*, 1888 et 1891.

(2) *Soc. med. de Varsovie*, 1891.

(3) *Rev. de chir.*, 1896.

l'introduction d'une pince hémostatique pour perforer le péricarde (1).

Après l'ouverture de la cavité péricardique, on a conseillé, soit son drainage, soit des lavages avec l'eau bouillie, des solutions phéniquées, salicylées, ou encore avec une émulsion glycéro-iodoformée. Le drainage est condamné le plus souvent pour les plaies et ruptures du péricarde ou du cœur; il est inutile si l'on a opéré aseptiquement, comme Monod et Vanverts le font remarquer, et il est nuisible puisqu'il peut favoriser l'infection; il n'est indiqué que si la séreuse est déjà infectée (2).

Les suites de la péricardotomie sont moins longues que celles de l'empyème, les deux feuillets du péricarde ayant toujours une tendance à se rapprocher et à se réunir, tandis que l'occlusion de la cavité pleurale est plus lente à obtenir, et c'est ainsi que Bohm est arrivé à une statistique démontrant la guérison des péricardites suppurées dans plus de la moitié des cas (3), que Delorme et Mignon, comparant la paracentèse et la péricardotomie, arrivent à trouver une mortalité de 66 p. 100 pour la première et de 38 p. 100 pour la seconde. On ne doit cependant pas mettre en parallèle deux opérations qui répondent à des indications différentes.

La paracentèse est une opération palliative et d'urgence,

---

(1) Jaboulay. *Lyon médical*, 1899 et 1900.

(2) Reymond et Terrier. *Loc. cit*, 1898. — Lejars. *Chirurgie d'urgence*, 3e édit., 1901. — Monod et Vanverts. *Traité de technique opératoire*, 1902. — West. A case of purulent pericarditis treated by paracontesis and by free incision, with recovery (*Proc. roy. med. and surg. Soc.*, London 1882). — Sievers. Om incision och drainage vid pyopericardium (*Finska läk. Sallsk. handl.*, Helsingsfors 1892). — Chimenti. Lavatura del cuore e del pericardio nella pericardite purulenta (*Acc. med. chir. Perugia*, 1898). — Lilienthal. Incision of the pericardium under local anæsthesia (*Med Record*, 1899).

(3) Bohm. *Deutsch. med. woch.*, 1896.

on doit donc la pratiquer dès qu'un épanchement quelconque du péricarde menace l'existence par sa rapidité et son abondance. La péricardotomie est une opération plutôt curative, indiquée dans toutes les péricardites suppurées, dans les épanchements à reproduction répétée, dans l'hémopéricarde chirurgical, dans certains cas de péricardite chronique avec épaississement scléreux de la séreuse, de fausses membranes très épaisses et abondantes.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1902

(*Suite*) (1)

A propos des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis,

par M. ALEXANDRE RENAULT.

La question, soulevée par notre très distingué collègue, M. le Dr Leredde, à la séance du 12 février dernier, question relative au traitement de la syphilis par les injections mercurielles, comporte un intérêt d'autant plus vif qu'il s'agit d'une arme thérapeutique, encore peu maniée dans notre pays et dont la valeur exacte a besoin d'être précisée. Exaltée par les uns, dénigrée par les autres, cette méthode laisse indécis un grand nombre de praticiens. Il est donc du devoir des médecins qui, par leur situation, possèdent un champ important d'expériences, d'apporter leur con-

tribution à la solution d'un problème, beaucoup plus difficile en réalité qu'en apparence.

Pour ma part, je n'ai nullement la prétention de le résoudre. Je dirai simplement et sans aucun parti pris ce que j'ai observé dans les divers services de vénériens, dont j'ai été chargé jusqu'ici, soit subsidiairement comme interne, soit directement comme médecin d'hôpital.

En 1868, j'étais attaché, en qualité d'interne provisoire au service du regretté Liégeois, à l'hôpital du Midi, dont le nom, comme vous le savez, a été récemment transformé en celui d'hôpital Cochin.

Sous l'impulsion du professeur Lewin (de Berlin), les injections de mercure soluble venaient de faire leur apparition. Ce moyen avait trouvé immédiatement faveur dans les pays d'outre-Rhin, et je puis dire qu'il fut accueilli par Liégeois avec enthousiasme. Liégeois délaissa complètement la vieille méthode par ingestion et soumit indistinctement tous ses malades aux injections de sublimé : 1 centigramme par 1 gramme d'eau distillée. C'était du reste la solution préconisée par Lewin. Liégeois lui attribuait tant d'efficacité, qu'il estimait désormais inutile tout traitement externe des syphilides suintantes. Il ne devait donc plus être question de cautériser les plaques muqueuses ano-génitales ou bucco-pharyngées.

En raison de mes fonctions, j'avais été chargé de pratiquer quotidiennement les injections prescrites. Eh bien ! que me révéla l'observation impartiale des faits ?

Assurément, quand les malades ne désertaient pas le service, les accidents disparaissaient; mais il ne me semblait pas qu'ils s'éteignissent plus vite que dans les salles du Dr Simonet, qui ne prescrivait que les pilules de protoiodure et dont j'avais été l'élève quelque temps auparavant.

Mais ce que je suis en mesure d'affirmer, c'est que, sans cesse, certains accidents muqueux se montraient absolument rebelles à la nouvelle médication, et Liégeois était obligé, bien à regret, de tirer des oubliettes son crayon de nitrate d'argent et

rapidement, par ce vieux moyen, les plaques rebelles étaient menées à cicatrisation.

Nulle part, je n'ai été davantage convaincu de la puissance des moyens externes contre les syphilides suintantes que dans le service de Desprès.

Vous ne l'avez pas oublié, Messieurs, Desprès était un esprit essentiellement distingué, mais foncièrement paradoxal. Ne voulant pas prendre en considération l'infection générale, et ne se préoccupant que des accidents locaux, il prétendait que la syphilis n'était justiciable que des toniques et du traitement local. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en trois ou quatre cautérisations avec le chlorure de zinc à parties égales d'eau, il rendait nettes des parties génitales couvertes de plaques muqueuses. Le moyen était brutal, très douloureux, mais l'effet, radical.

Je reviens à mon sujet. Pendant mon séjour à l'hôpital Broca, et depuis mon entrée à Cochin, j'ai employé à diverses reprises et aux diverses périodes de la maladie les injections de mercure soluble et insoluble : benzoate de mercure et calomel. Je ne me suis adressé qu'à des cas rebelles ou graves, alors que le traitement par ingestion me semblait inefficace.

Je ne suis pas en mesure de fournir de statistique ; mon expérience n'est pas suffisante pour cela. Je ne veux citer que quelques cas observés avec beaucoup de soin, bien des malades quittant volontairement le service avant que l'on soit en droit de tirer une conclusion ferme. J'en rapporterai deux d'abord que j'ai suivis à l'hôpital Broca. Ils ont trait à la période secondaire de la syphilis.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une syphilide papulo-granuleuse, qui occupait le tronc et la face. On sait que cette forme est foncièrement rebelle. Le protoiodure à haute dose et longtemps prolongé n'avait produit aucun effet appréciable. J'essayai les injections de benzoate de mercure : même insuccès. Au bout de quinze jours environ, il fallut y renoncer, parce que la malade, pusillanime, redoutait la douleur.

Dans le second cas, je m'étais adressé aux injections de

calomel. La malade, très vigoureuse d'ailleurs, était couverte d'une syphilide papulo-squameuse confluente, qui n'avait pas épargné la face. Elle désirait ardemment être blanchie le plus promptement possible, et les pilules de protoiodure restaient sans effet. Après m'être assuré de l'intégrité des émonctoires, je lui fis, à dix jours d'intervalle chacune, 4 injections de calomel à dose massive ; 10 centigrammes chaque fois. Elle les supporta admirablement.

Résultat final : peu d'action sur la syphilide en question ; en revanche, éclosion d'une iritis sérieuse trois jours après la dernière injection de calomel.

Ai-je recueilli plus de bénéfices du traitement par les injections mercurielles dans mon service de l'hôpital Cochin. J'ai employé systématiquement le calomel comme étant le moyen le plus puissant.

Deux fois, je l'ai essayé dans des cas de chancres syphilitiques phagédéniques, qui menaçaient le patient de mutilations graves. Les malades étaient soumis en même temps à des lavages répétés et chauds de solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, suivis d'applications de poudre d'iodoforme.

Dans l'un et l'autre cas, les injections de calomel n'ont pas semblé enrayer la marche de la lésion.

Dans le premier, en revanche, l'iodure de potassium, à la dose requise de 3 grammes par jour, a fait merveille. Le phagédénisme s'est arrêté très rapidement, et des bourgeons cicatriciels ont remplacé le détritus grisâtre, qui cachait le fond de la plaie.

Dans la seconde observation, l'effet de l'iodure de potassium n'a pu être constaté, le malade ayant quitté le service avant réparation de la lésion.

J'ai essayé encore les injections de calomel dans les syphilides graves secondaires. J'appelle ainsi les syphilides confluentes, constituées par un mélange de papules et de papulo-croûtes plus ou moins larges. Il n'est pas rare même de constater, dans ces cas, sous la croûte, des exulcérations, voire de véritables ulcérations.

Or, les résultats obtenus ont été contradictoires. Dans deux cas en particulier, l'effet a été vraiment remarquable. Les malades qui, depuis trois semaines ou un mois, absorbaient en vain 10 à 15 centigrammes de protoiodure par jour, ont vu, après une seule injection de calomel, les papules s'aplatir et les exulcérations se modifier dans des proportions telles, que l'efficacité du traitement ne pouvait être mise en doute.

Chez un troisième malade, au contraire, aucun résultat, bien que les lésions fussent identiques. Comment expliquer ces différences? L'âge ne peut être invoqué; il s'agissait de trois hommes jeunes. Je serais tenté d'incriminer l'alcoolisme, plus accentué chez le troisième malade que chez les deux autres. La question est à revoir.

Contre les accidents tertiaires graves, nécessitant un traitement mixte, les injections de calomel m'ont paru excellentes. Mais, je n'ai eu qu'à m'applaudir également des frictions d'onguent napolitain, et je ne suis pas encore en mesure de dire quel est, des deux moyens, le meilleur.

Tels sont les résultats, que j'ai obtenus, pour mon compte, des injections de mercure soluble et insoluble. Voyons les inconvénients :

1° La *douleur*, sinon fatale, au moins fréquente. Au temps où je faisais les injections de sublimé dans le service de Liégeois, voici ce qui se passait. Il était recommandé à cette époque de piquer le dos de préférence. Or, très souvent, entre la 12e et 15e injection, les malades, à cause de la douleur, se refusaient à poursuivre la cure et quittaient le service, en disant dans un langage aussi pittoresque que peu relevé d'ailleurs : « Nous en avons plein le dos et nous partons. »

Mon maître, M. le Dr Besnier, qui, dans un temps, a pratiqué beaucoup d'injections à l'hôpital Saint-Louis, a écrit que c'était un excellent moyen pour faire le vide dans un service.

Notre ancien président, M. le Dr Albert Robin, m'annonçait dernièrement qu'il possédait des solutions mercurielles, dont l'in-

troduction sous la peau était indolente; j'applaudirai à leur mise en pratique.

Je passe sous silence les abcès nombreux, voire les petites plaques de gangrène, que j'ai observés en 1868. L'antisepsie et l'asepsie étaient sinon tout à fait inconnues, au moins très peu pratiquées. Aujourd'hui, nous sommes armés contre les accidents de ce genre;

2° *L'impotence fonctionnelle.* Elle est rare, mais quoi que l'on fasse, elle peut résulter d'une injection de calomel. Les malades tirent la jambe pendant cinq à six jours et, de ce fait, se trouvent très gênés dans leurs occupations;

3° Les *nodosités* qu'on n'a jamais la certitude d'éviter, au niveau de la piqûre; elles constituent une nouvelle cause de gêne et de douleur; je parle bien entendu des injections de mercure insoluble;

4° Toujours à l'actif des injections de mercure insolubles, les *accidents d'intoxication;* ce sont les plus graves.

Sans parler des cas de mort, cités par le professeur Fournier et dont le nombre s'élevait à douze, au moment où il publiait ses leçons sur le *Traitement de la syphilis*, permettez-moi de vous exposer trois cas, que j'ai personnellement observés. Des deux premiers je suis innocent; j'assume la responsabilité du troisième.

Dans le premier, il s'agissait d'une stomatite épouvantable, survenue cinq à six semaines après une dernière injection de calomel, d'ailleurs parfaitement supportée et pratiquée dans le service de mon cher collègue, M. le Dr de Beurmann, à l'hôpital Broca.

Le mot épouvantable, accolé à cette stomatite, n'est point exagéré. Celle-ci rappelait, en effet, la description de ces inflammations de la bouche, que nous ont léguées les auteurs des XIVe et XVe siècles : tuméfaction énorme de toute la muqueuse buccale avec ilots confluents de détritus grisâtres et infects, salivation profuse, ébranlement de toutes les dents, impossibilité de rien avaler, fièvre, insomnie complète, état général grave, sentiment

d'angoisse indicible, donnant à la malade l'impression d'une mort imminente.

Pendant huit jours, cet état persista à ce degré d'acuité ; puis, peu à peu, sous l'influence du traitement, les choses rentrèrent dans l'ordre.

Le second fait est à peu près calqué sur le premier. C'est aussi plusieurs semaines après l'injection de mercure insoluble qu'apparut la stomatite. Il faut dire que, par la faute de la malade, le traitement avait été imprudemment dirigé. Il s'agissait d'une femme de mœurs légères, qui avait consulté plusieurs spécialistes, sans les prévenir de la médication antérieurement suivie. Chacun de ces spécialistes avait pratiqué des injections de mercure insoluble. Quoi qu'il en soit, il n'était survenu pendant la cure aucun accident; ceux-ci, je le répète, n'éclatèrent que plusieurs semaines après.

La stomatite fut aussi grave que dans le premier cas; mais elle se compliqua, en outre, d'hématémèses et de mélænas surabondants, dus à des ulcérations gastro-intestinales d'origine mercurielle. Bref, la malade, qui semblait antérieurement une femme très vigoureuse, considérablement débilitée par une nourriture insuffisante, devint tuberculeuse et succomba quelque temps après. Il est juste de dire, que, malgré ses belles apparences, cette malade avait été atteinte de pleurésie légère deux ou trois ans auparavant et était ainsi prédisposée à la bacillose.

Dans le troisième cas, il s'agit d'embolies capillaires du poumon. La victime de cet accident fut un homme de mon service, auquel j'avais prescrit des injections de calomel pour une syphilide secondaire exulcéreuse et confluente.

Les deux premières furent admirablement supportées; immédiatement après la troisième, pratiquée dans les mêmes conditions et avec les mêmes précautions que les précédentes, véritable accès d'orthopnée, figure violette, angoisse indicible; les jours suivants, persistance de la dyspnée, accompagnée de râles multiples dans la poitrine et d'expectoration sanguinolente. Peu

à peu, les symptômes s'amendèrent et, au bout de huit jours, l'ordre était rétabli.

Que conclure des faits précédents, si ce n'est qu'à l'heure actuelle, comme l'a dit excellemment M. le professeur Fournier, les injections ne peuvent entrer dans la pratique courante de la syphilis. Elles conviennent particulièrement aux malades, dont l'estomac est intolérant et encore, dans ces conditions, n'est-il pas démontré que leur efficacité soit plus grande que celle des frictions.

On ne pourra être convaincu de la supériorité d'une méthode que le jour où un observateur patient et consciencieux aura fait connaître les effets thérapeutiques obtenus, après avoir traité simultanément et comparativement, par les trois grands procédés de cure mercurielle que nous possédons : ingestion, frictions, injections, un nombre respectable de malades, aussi rapprochés que possible au point de vue clinique.

Or, ce travail d'ensemble n'a été tenté, à ma connaissance, que par un auteur allemand, Heilmann, et ses résultats ne sont point concluants.

Comment a-t-on procédé jusqu'ici. Le jour où la méthode des injections est apparue, on l'a employée à l'exclusion de toute autre. On a agi de même quand on a substitué un sel mercuriel à un autre. L'efficacité thérapeutique a été constante et alors on a crié merveille, oubliant trop, qu'à la période secondaire, contre laquelle on dirige habituellement les injections de mercure soluble, les accidents ont une tendance à s'effacer spontanément. La recherche de l'emploi comparé, au point de vue de la rapidité de l'extinction, des pilules de protoiodure et des injections solubles aurait été bien autrement intéressant.

Même remarque à propos du traitement des accidents tertiaires graves. Dans les cas de ce genre, c'est aux injections de mercure insoluble : calomel ou huile grise, combinées ou non à l'iodure de potassium, que l'on s'adresse. Est-il démontré que ce moyen soit supérieur aux frictions à haute dose? Pour mon compte, je ne suis pas encore fixé et je crois, qu'à l'heure actuelle, une affirmation est impossible.

Il est incontestable que la méthode des injections sous-cutanées offre un grand intérêt, qu'il y a lieu d'en poursuivre l'étude avec persévérance, non pas seulement au point de vue du procédé en général, mais encore de la détermination de la meilleure solution à employer. Mais gardons-nous des enthousiasmes prématurés, des conclusions hâtives. La question est à l'étude. Le problème ne sera résolu qu'avec le concours de toutes les bonnes volontés et, je le répète, après la recherche persévérante des résultats comparatifs, obtenus par l'emploi des diverses méthodes thérapeutiques, usitées à ce jour, contre la syphilis.

Communications.

I. — *L'injection de caféine comme auxiliaire de la saignée,* par M. P. Le Gendre.

Dans un certain nombre de circonstances où la saignée constitue une médication vraiment héroïque (œdèmes aigus des poumons, stase veineuse pulmonaire d'origine cardiaque, urémie, éclampsie puerpérale, etc.), il arrive que le praticien, après avoir ouvert la veine, soit désappointé en constatant que le sang veineux ne s'écoule que très lentement, en bavant, ou même seulement goutte à goutte. Son désappointement est d'autant plus vif que, fort d'expériences antérieures personnelles — ou des affirmations de ses maîtres, s'il en est à son coup d'essai, — il a cru pouvoir faire espérer à l'entourage du malade un résultat excellent et même rapide.

La lenteur de l'écoulement du sang tient d'ordinaire, en pareil cas, à l'insuffisance des contractions cardiaques. Sans doute, les urémiques avec hypertension artérielle ont, après la saignée, un jet de sang d'ordinaire plein et copieux ; il n'en est pas de même chez les cardiaques asystoliques, ni chez les brightiques arrivés à la phase d'insuffisance cardiaque, ou chez ceux dont l'œdème pulmonaire est déjà assez considérable pour avoir

provoqué la dilatation du cœur droit et une asystolie aiguë.

C'est dans des cas de ce genre que j'ai obtenu plusieurs fois une modification rapide d'une situation embarrassante au moyen d'une injection sous-cutanée de caféine faite aussitôt que j'avais constaté la lenteur et l'insuffisance de l'écoulement du sang. Aussi j'emploie maintenant ce moyen, même préventivement, quand j'ai quelque raison de craindre, d'après l'adynamie du sujet, que la saignée ne soit pas d'emblée effective, malgré l'ouverture large de la veine.

Si naturel et si simple que soit ce procédé, je ne l'ai pas vu signalé dans les traités de thérapeutique, et c'est par hasard que j'ai été amené à en connaître la valeur. J'avais été appelé d'urgence, en pleine nuit, près d'un malade aux trois quarts asphyxié par un coup d'œdème pulmonaire. C'était un morphinomane brightique, qui, sous l'insuffisance d'un coup de froid, s'était ainsi brusquement enlisé dans la spume bronchique; quand j'arrivai près de lui, il était étendu en travers de son lit, insensible à toute excitation, n'ayant plus que des respirations rares et stertoreuses, la face pâle, inondée de sueurs froides, avec les lèvres cyanosées, les extrémités froides avec des ongles violets. Presque en même temps que moi arrivait un confrère et, après quelques mots échangés, nous sommes immédiatement d'accord sur la nécessité d'une saignée. J'ouvre la veine, mais le sang ne coule pas; j'agrandis l'incision, il s'en écoule seulement quelques gouttes; nous faisons des pressions énergiques de bas en haut sur les masses musculaires de l'avant-bras en imprimant à la main du patient des mouvements de flexion passifs, c'est à peine si un insignifiant filet de sang bave sur le pli du coude et s'arrête bientôt complètement. Le patient demeurait toujours inerte. Abandonnant alors le bras, nous pratiquons en désespoir de cause une injection de caféine, pour faire appel aux suprêmes ressources nerveuses du sujet; et nous explorions anxieusement les faibles contractions cardiaques et les réactions pupillaires devenues bien paresseuses quand, au bout de cinq minutes environ, nous notons des systoles plus fortes, moins espacées, moins

irrégulières ; les lèvres, immobiles depuis notre arrivée, esquissent quelques mouvements, et, en détournant nos yeux vers le bras abandonné sur le lit, nous voyons un vrai filet de sang ruisseler par la plaie de la saignée ; quelques secondes après, c'était un écoulement de plus en plus ferme, à mesure que les battements cardiaques reprenaient plus d'énergie. Quand le sang eut coulé encore quelques minutes, le moribond respirait mieux, marmottait quelques paroles, ouvrait les yeux, reconnaissait son entourage, et nous assistions à ce spectacle toujours saisissant, même quand on l'a vu bien des fois, et qu'on peut vraiment appeler une résurrection — temporaire malheureusement, quand il s'agit de brightiques avancés, — mais qui n'en est pas moins pour le médecin un résultat satisfaisant et flatteur.

Plusieurs fois depuis lors, j'ai méthodiquement fait l'injection de caféine, dès que j'ai vu qu'une saignée ne donnait pas de sang en quantité suffisante; puis, je me suis mis en devoir de la faire cinq minutes avant d'ouvrir la veine, quand je présumais que les contractions cardiaques seraient trop faibles pour assurer la régularité et l'abondance de l'écoulement sanguin veineux, et je n'ai eu qu'à me louer de ce petit artifice. Peut-être bien des praticiens ont-il eu déjà l'idée d'agir ainsi; en tout cas, la recette pourra servir aux autres.

II. — *Emploi de l'eau oxygénée comme épilatoire*,

par Paul Gallois.

S'il est des hommes qui tirent vanité de la beauté de leur barbe, il est rare que des poils follets trop apparents causent aux femmes une égale satisfaction. Pour détruire ce que par euphémisme on appelle parfois un duvet importun, diverses méthodes ont été proposées : l'épilation, l'emploi de pâtes, l'électrolyse, etc. De ces méthodes les unes sont douloureuses, les autres risquent d'être irritantes ou dangereuses. L'eau oxygénée fournit un pro-

cédé simple, inoffensif et indolore de faire disparaître les poils trop visibles.

Ayant lu que l'eau oxygénée permettait de décolorer les taches de rousseur, je l'avais employée dans ce but. C'est au cours de ces essais que je me suis aperçu qu'elle était capable de détruire les poils anormalement pigmentés. D'ailleurs on sait déjà que le bioxyde d'hydrogène appliqué sur les cheveux les décolore et permet, en s'arrêtant au bon moment, de leur donner la teinte vénitienne si recherchée dans ces dernières années.

Voici comment je procède, la technique est des plus simples. On imbibe un coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région que l'on veut épiler. On le laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours jusqu'à ce que le résultat désiré soit obtenu. Supposons qu'il s'agisse de poils de la lèvre supérieure. Très rapidement ces poils pâlissent et ne constituent plus qu'un duvet incolore absolument imperceptible. Si l'on persiste à faire les applications, ces poils redevenus follets se cassent et disparaissent: *etiam periere ruinæ.*

Rien n'est donc plus facile. Le procédé n'est absolument pas douloureux et ne cause aucun accident. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications d'eau oxygénée, mais pour les femmes auxquelles j'ai fait suivre ce traitement, ces applications ne sont pas des complications, elles s'ajoutent sans difficultés aux autres menus artifices de leur toilette ordinaire. Une recommandation est à faire, c'est d'éviter que l'eau oxygénée ne vienne humecter une étoffe à laquelle on tient, car elle brûle le tissu tout comme elle brûle le poil. On ne s'en aperçoit généralement pas immédiatement; c'est lorsque le linge (par exemple) revient du blanchissage que l'on remarque des trous à l'emporte-pièce, aux endroits qui ont été attaqués par le médicament. C'est là un petit inconvénient facile à éviter.

En somme, par ce procédé, on fait disparaître une difformité disgracieuse, et l'on n'a même pas besoin d'invoquer cette circonstance atténuante: « Il faut souffrir pour être belle. »

DISCUSSION

M. LEREDDE. — Comment se fait la repousse des poils après le traitement par l'eau oxygénée?

M. GALLOIS. — Elle ne subit pas de modifications appréciables. Mon procédé doit être appliqué tous les jours : il fait partie des mille soins de toilette auxquels les femmes s'assujettissent.

M. LEREDDE. — Combien Monsieur Gallois a-t-il traité de cas?

M. GALLOIS. — Cinq en tout.

M. LEREDDE. — Le procédé est certes intéressant, mais il faudrait une expérience plus longue pour savoir s'il n'est pas capable de provoquer des irritations de la couche cornée. Peut-être l'eau oxygénée pourrait-elle favoriser une repousse plus active des poils, dans certains cas.

M. GALLOIS. — Mon observation la plus ancienne concerne une malade qui se traite ainsi depuis plus d'un an. Elle n'a jamais éprouvé aucun accident ni local ni général, et la repousse des poils n'a pas été activée.

M. DANLOS. — Cette constatation ne me surprend pas, car il est notoire que les femmes qui soumettent leurs cheveux à l'action de l'eau oxygénée se plaignent de les perdre.

D'un autre côté, l'action de l'eau oxygénée ne se produit pas aisément sur toutes les pigmentations du tégument externe. Je n'en ai, pour ma part, obtenu aucun effet dans un cas de masque de la grossesse.

M. GALLOIS. — C'est en voulant dépigmenter une surface cutanée couverte d'éphélides que j'ai eu l'occasion d'observer l'action de l'eau oxygénée sur le système pileux. En effet, le topique avait coulé sur les sourcils et provoqué leur chute.

M. BARDET. — Comme M. Danlos, j'ai essayé de traiter les éphélides avec l'eau oxygénée, et je n'ai pas obtenu plus de succès. Dans un cas il s'agissait de taches de rousseur confluentes, j'eus l'idée de soulever délicatement l'épiderme, ou plutôt la petite couche épithéliale qui recouvre le pigment, et alors je vis celui-ci se décolorer, mais on conçoit que pareille opération était impos-

sible pour toute la figure, et je dus y renoncer. Cette expérience m'a seulement démontré que si l'éphélide ne disparait pas, cela doit être attribué au revêtement qui empêche l'action directe du médicament sur le pigment.

Le secrétaire des séances,
VOGT.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Chloral et coqueluche. — Le médicament par excellence de la coqueluche est l'hydrate de chloral. Sous quelle forme, à quelle dose et à quel moment doit-on l'employer?

Il faut donner une préparation qui soit bien acceptée par l'enfant. C'est là une condition essentielle. Joffroy conseille la poudre dans la gelée de groseille.

Aux petits enfants de 15 mois à 2 ans il donne de 0,75 à 0,80 centigrammes dans un jour. A ceux de 3 ans il donne 1 gramme et aux plus âgés de 1 gr. 50 à 2 grammes.

Quant au moment de l'administration, cela a une grande importance. Il faut donner le médicament le soir et le matin. De la sorte on ménage le sommeil et on procure, le matin, lorsque les quintes seront passées, encore quelque temps de repos.

De l'acide oxalique comme expectorant. — M. V. Poulet (de Plancher-les-Mines), qui emploie depuis quelque temps déjà l'acide oxalique dans les cas d'asthme, de bronchite capillaire et même de bronchite tuberculeuse, continue à obtenir de bons résultats par l'usage de ce médicament, qu'il considère comme

un excellent expectorant. Notre confrère l'emploie sous la forme d'une potion dont voici la formule :

Acide oxalique	2	gr.
Infusion de thé	190	»
Sirop d'écorces d'oranges amères	75	»

F. s. a. — A prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Cette médication, qui serait d'une innocuité parfaite, amènerait rapidement la disparition de tous les symptômes menaçants de la bronchite capillaire : angoisse, suffocation et cyanose.

Maladies infectieuses.

De la médication de la fièvre typhoïde chez les enfants par le naphtol (Legroux). — Cette médication consiste :

1° En l'administration d'une dose purgative de calomel (30 à 60 centigr. en 10 prises), aussitôt la maladie confirmée.

2° En l'administration du naphtol seul ou associé aux salicylates de bismuth ou de magnésie selon les indications suivantes :

A. Diarrhée d'intensité moyenne.

Naphtol β... 2 grammes en 10 paquets. Un paquet toutes les heures.

B. Diarrhée abondante.

Naphtol β... 2 grammes, salicylate de bismuth 2 grammes, en 10 paquets, à prendre en 24 heures.

C. Constipation.

Naphtol β... 2 grammes; salicylate de magnésie 2 grammes, en 10 paquets, à prendre en 24 heures.

Maladies des voies respiratoires.

Potion contre la coqueluche (Talamon). — Si nous avions à choisir parmi les nombreuses médications de la coqueluche, nous donnerions la préférence à la terpine, surtout si la coqueluche s'accompagne d'une sécrétion catarrhale abondante avec excès de

mucosités bronchiques. On peut l'associer à l'antipyrine ou à la belladone quand les quintes sont intenses et répétées, par exemple sous la formule suivante :

Terpine	1 gr. à 1 gr. 50
Antipyrine	1 »
Sirop de fleurs d'oranger	30 »
Eau de tilleul	60 »

Maladies du cœur et des vaisseaux.

Neurasthénie cardiaque. — 1° Tous les matins, dans une tasse de lait, cuiller à café de :

Eau distillée	200 gr.
Chlorure d'or et de sodium	0 » 40
Cacodylate de soude	0 » 50

Mêlez.

2° Avant chaque repas, une pilule :

Extrait de valériane	0 gr .20
Sulfate spartéine	0 » 05

M. Pour une pilule ; 60 semblables (2 par jour).

3° Après chaque repas, IV gouttes d'HCl médicinal dans une petite tasse d'infusion très chaude de badiane ;

4° Matin et soir, friction de 5 minutes sur tout le corps à l'alcool camphré ;

5° Deux fois par semaine, lavement chaud avec l'infusion de camomille :

30 grammes pour un litre (à garder le plus possible) (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

Traitement préventif des péricardites aiguës (Carrière). — Surveiller le cœur dans toute maladie infectieuse capable de donner naissance à la péricardite. Auscultation quotidienne nécessaire dans tous les cas de rhumatisme et dans toute maladie infectieuse. Essayer de détruire les agents pathogènes en cause.

Traiter énergiquement le rhumatisme. Le salicylate de soude est le médicament de choix.

Pendant 3 à 4 jours prendre en 24 heures la potion suivante

Salicylate de soude............... (suivant âge).	1, 3, 4, 5 gr.
S. d'écorces d'oranges amères......	30 »
Eau..............................	90 »

Cette potion doit être prise lorsque le malade va ou vient de boire. A partir du quatrième jour continuer, mais à doses plus faibles.

Dans les autres infections, faire l'antisepsie générale par les sels de quinine.

Bichlorhydrate de quinine... 0,02, 0,10, 0,20, 0,30
Beurre de cacao. Q. s. p. un suppositoire.

Deux par jour.

Chez les enfants plus âgés employer la potion :

Bichlorhydrate de quinine..	0,05, 0,25, 0,40, 0,60
Sirop de sucre............	10 »
Glycyrrhizine.............	3 »
Eau......................	50 »

A prendre par cuillerées à bouche en 24 heures.

Chez l'adulte :

Sulfate de quinine..................... 0 gr. 20

en 1 cachet; 1 cachet 4 fois par jour.

Il vaut mieux donner de petites doses, réfractées, fractionnées en 24 heures (*Nord médical*, n° 150).

Traitement de la péricardite sèche (Carrière). — Séjour au lit. Régime lacté absolu.

1° *Faire de la révulsion précordiale.* — 4 à 6 ventouses scarifiées sur la région précordiale, sangsues, ventouses sèches ou cataplasmes sinapisés.

2° *Soutenir le cœur.* — *A*) La digitale. Ménagements, surveillance, prudence.

Chez l'enfant, teinture alcoolique de digitale. V à X gouttes de

1 à 3 ans. X à XV gouttes de 3 à 5 ans. Ne pas continuer plus de 3 jours.

Chez l'adulte : XX à XL gouttes de la solution de digitaline de Petit dans le lait, en un ou deux jours, ou encore 4 fois par jour, V gouttes de la teinture composée :

Teinture de digitale..................	ââ 5 gr.
Teinture d'aconit......................	

B) La caféine a le grave inconvénient d'exagérer l'insomnie. Si on la conseille, ne jamais en faire prendre à l'approche de la nuit. Formuler :

Caféine..................	0 gr. 25 à 0 gr. 80
Benzoate de soude........	1 »
Sirop de punch...........	30 »
Eau......................	90 »

C) Le sulfate de spartéine est à préférer : le donner en pilules :

Sulfate de spartéine.............	0,01, 0,02, 0,05
Poudre de réglisse...............	» 0,03
Glycérine........................	Q. S. pour 1 pilule.

2 par jour.

3° *Calmer les troubles fonctionnels* :

Contre la douleur : vessie de glace en permanence sur la région précordiale. Injection de 1 cc. de la solution de morphine.

Chlorhydrate de morphine............	0 gr. 10
Sulfate d'atropine..................	0 » 005
Eau de laurier-cerise...............	10 cc.

Vésicatoire camphré, séparé de la peau par un papier de soie huilé. Laisser 3 heures en place, puis cataplasme aseptique. Panser à la vaseline boriquée morphinée à :

Chlorhydrate de morphine.............	1 gr.
Vaseline boriquée......................	50 »

(*Nord méd.*, n° 150.)

Maladies du système nerveux.

Le bromure de rubidium et d'ammonium contre l'épilepsie (LAUFENAUER). — Ce remède fut essayé presque dans toutes les variétés cliniques de l'épilepsie ; il en résultait que l'effet du bromure double d'ammonium et de rubidium correspond en général à celui du bromure depotasse ; dans un tiers des cas, le traitement au rubidinm a eu un effet sédatif indubitablement supérieur à celui des autres bromures.

La dose quotidienne du bromure double d'ammonium et de rubidium a varié entre 4-7 grammes. Moyennant des doses de 4-5 grammes, administrées le soir, on a obtenu aussi des effets satisfaisants hypnotiques et sédatifs. Le mode d'emploi est conforme à celui des autres bromures. On peut recommander la formule suivante.

Bromure double de rubidium et d'ammonium	6 gr.
Eau distillée	100 »
Sirop de citron	20 »

Mêlez. Chaque cuillerée à bouche contient 75 centigrammes du médicament.

Gynécologie et obstétrique.

Les injections chaudes en obstétrique. — Il doit y avoir *balnéation* vaginale ou intra-utérine, jamais *douche;* d'où la recommandation suivante :

Le réservoir ne doit pas être élevé à plus de 50 centimètres au-dessus du plan du bassin de la femme.

Prendre soin au préalable d'expurger le tube, la canule ou la sonde, de l'air qu'ils pourraient contenir.

Durée de l'injection. — Elle doit être pratiquée et continuée jusqu'à ce que le liquide sorte de l'utérus aussi clair qu'il y est entré.

On renouvellera l'injection autant de fois que l'hémorragie elle-même se renouvellera.

Température du liquide injecté. — Le maximum d'action se produit à la température de 48 à 50°. La température de choix est 48°; au-dessus de 48°, elle est mal supportée.

Nature du liquide injecté. — UN UTÉRUS ASEPTIQUE N'EXIGE QU'UN LIQUIDE ASEPTIQUE, c'est-à-dire que si l'accouchement a été pratiqué avec les précautions antiseptiques de rigueur, si aucune intervention n'a été faite de nature à pouvoir infecter l'utérus, on emploiera seulement l'eau *bouillie*.

Au contraire, on joindra à l'eau chaude des antiseptiques dans tous les cas où, soit par manque de soins pendant l'accouchement, soit à cause d'une intervention quelconque, on pourra mettre en doute l'asepsie utérine. Alors le liquide employé sera soit une solution de :

Sublimé	0 gr. 25
Eau distillée	1 litre.

ou de *biiodure de mercure* à 1/4000; soit, s'il s'agit d'une femme albuminurique, l'eau *boriquée* ou mieux *naphtolée* :

Naphtol β	5 gr.
Alcool	150 »

Une cuillerée à café pour 2 litres d'eau bouillie.

On devra renoncer, en outre, aux sels de mercure chaque fois qu'il y aura lieu de prolonger l'irrigation. De la sorte, on évitera l'intoxication, toujours possible.

Maladies de la peau.

Traitement des piqûres de moustiques.

Traitement préventif.

Fermer les fenêtres le soir, quand les lumières sont allumées.

Brûler gros comme une noisette de poudre de pyrèthre sur un morceau d'amadou.

Déposer sur une assiette du pétrole ou de l'essence de térébenthine.

Lotions le soir avec :

Ether acétique		10 gr.
Teinture d'eucalyptus		20 »
— de pyrèthre	ââ	60 »
Eau de Cologne		
Eau		q. s. pour un litre

Se poudrer avec poudre de riz parfumée.

Traitement curatif.

Calmer les douleurs par les lotions de sublimé au 100e, par l'acide phénique au 100e, par l'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniaque.

Parfois les simples lotions de camomille, de feuilles de noyer suffisent.

On a recommandé les applications, sur les points piqués de collodion salicylé au 20e, de collodion au sublimé au 1000e, mais ces applications sont douloureuses.

Les moyens en faveur actuellement sont les applications de *formol* et de *menthol*.

a) Formol à 40 p. 100 du commerce		5 gr.
Alcool à 90°	ââ	10 »
Eau		

Appliquer un peu de cette solution sur la papule et faire plusieurs applications successives.

(Se garder des applications permanentes qui seraient caustiques.)

b) Eau de Cologne	100 gr.
Menthol	4 »

ou :

c) Alcool à 60°	100 gr.
Menthol	10 »

G. LYON.

FORMULAIRE

Le sirop d'œufs.

Jaune d'œuf.	300 gr.
Eau	60 »

Battez et passez à l'étamine avec expression.

Ajoutez :

Glycérine.	300 gr.
Eau de laurier-cerise.	10 »
Sucre.	180 »
Chlorure de sodium.	12 »

faites dissoudre à froid.

On obtient de la sorte une préparation inaltérable, contenant par cueillerée à soupe 0,55 de lécithine, et qui est indiquée dans l'anémie, l'épuisement nerveux, la tuberculose et chez les convalescents.

Le phosphate de codéine et la codéine pure comme sédatifs. — D'après les observations de Fischer, on ne s'habitue pas à la codéine comme à la morphine.

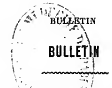
Il faut se servir pour les injections de codéine de la formule suivante :

Phosphate de codéine.	1 gr.
Eau distillée.	20 »
Acide carbolique.	0 » 02

Injecter 1-2 fois le contenu d'une seringue de Pravaz de 1 cc.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

La matrimonialité anglaise. — Matériaux sanitaires pour planchers. — Le costume des médecins d'hôpitaux. — Les empêcheurs d'embrasser. — Un trait de sang-froid et d'ingéniosité d'un médecin patriote. — Une lettre de candidature à l'Académie.

Il paraîtrait qu'environ 16 personnes pour 100 de la population d'outre-Manche jugent comme le philosophe que le mariage est une chose tellement grave que l'on n'a pas trop de toute sa vie pour y réfléchir. Dans les 257.480 hyménées enregistrées dans le pays de Galles, durant l'année 1901, on a compté 24.275 veufs et 17.718 veuves, outre 202 hommes et 188 femmes séparées judiciairement.

Un fiancé était âgé de 15 ans seulement, tandis que 4 autres n'avaient pas dépassé 16 printemps, 48 avaient 17 ans et 679 en avaient 18.

1.505 personnes frisaient par contre 65 ans, 816 avaient eu 70 ans, 322 allaient jusqu'à 75, et 121 atteignaient 80 ans. Enfin 32 jeunes mariés! portaient allègrement 85 ans et plus. Un de ces derniers faisait, paraît-il, sa première expérience nuptiale et conduisait à l'autel une fileuse dont l'âge n'est malheureusement pas mentionné.

Parmi les femmes, 3 n'avaient pas 15 ans quand elles devinrent veuves, 14 étaient dans leur 16e année, 140 approchaient de 17 ans, âge qui fournit 1.046 mariées. Résultat de cette statistique : en Angleterre, les jeunes filles ayant passé 17 printemps ont de grandes chances de rester pour compte à leurs parents.



Le plancher doit être construit en matériaux inorganiques au même titre que les murs et le plafond, de façon à ne pouvoir entretenir la vie des germes. A ce titre, on doit rejeter le linoléum, le liège comprimé, le caoutchouc. Pour éviter l'usure on emploiera

une matière dure. Les seules pierres qui conviennent sont le marbre et l'ardoise. Le béton use trop les semelles et est dur à la marche. Il est un peu poreux. Le verre s'use en devenant rugueux. Le marbre doit être maintenu parfaitement propre, surtout dans les angles. Comme il est attaqué facilement par les acides les plus faibles, il faut choisir en conséquences les solutions antiseptiques pour le lavage. A recommander les terres fortement cuites, avec les joints soigneusement faits au ciment, surtout si l'on emploie le ciment Sorel, à base de magnésie, parfaitement antiseptique. Ce ciment, mélangé à du liège en poudre ou de la sciure de bois, forme un produit excellent pour plancher : c'est le ciment Plicaro. Un de ses avantages est son adhérence au fer, au bois, à la terre cuite. D'où des planchers en bois recouverts de Plicaro, puis le carrelage céramique.



Peu de gens savent que, sous le second empire, les médecins des hôpitaux de Lyon étaient astreints à faire leurs visites, revêtus de la robe antique. C'était, du reste, l'époque où les professeurs de lycée étaient soumis à la même obligation. Vers 1875 et 1876 on tenta même de faire revivre cet usage dans nos collèges.

Le premier docteur qui s'insurgea à Lyon contre cette mascarade fut le chirurgien Tripier, mort il y a quelques années : il fut nommé vers la fin du second empire et vint en habits civils faire sa première visite. Ce fut un scandale; la commission hospitalière somma le Dr Tripier d'obtempérer aux règlements. Celui-ci répondit spirituellement qu'il les respecterait le jour où les membres de la commission ne les violeraient pas eux-mêmes. Et, en effet, un article du règlement prescrivait auxdits membres de venir à l'hôpital en costume de cérémonie : culotte courte et épée au côté.

La commission se le tint pour dit et la robe médicale disparut.



L'hygiène n'est plus ici en cause. La compagnie des chemins de fer de Pensylvanie a sévèrement interdit l'échange d'accolades aux gares, soit avant le départ, soit à l'arrivée des trains. Pour des raisons de haute moralité sans doute? Pas du tout, parce que l'administration de la compagnie a remarqué que l'habitude des voyageurs d'embrasser les leurs occasionnait souvent des retards de train!

Il est à noter que l'Amérique a la spécialité d'être l'ennemie du baiser. Contre lui il existe depuis quelques années une ligue aux États-Unis, dans un but de prophylaxie contre la tuberculose.



Un fait d'histoire très ignoré et fort intéressant qui révèle le sang-froid et l'ingéniosité du médecin patriote qui le provoqua, est raconté par la *Chronique médicale*.

C'était pendant la guerre, à Versailles, quelques jours avant l'entrée des Allemands. Notre très distingué confrère le docteur C..., un de nos poètes les plus talentueux, était à la tête d'un service à l'hôpital militaire de Versailles, délaissé par les médecins de l'armée. Il avait, parmi ses soldats malades, de nombreux typhiques arrivés des différents corps. Il crut chez eux reconnaître, non la fièvre typhoïde, mais le typhus : le typhus, beaucoup plus grave, on le sait, et beaucoup plus contagieux que la fièvre typhoïde.

Il courut chez M. Charton, un homme de haute valeur et très patriote, et lui tint ce langage : « Les Prussiens sont à nos portes. Les journaux allemands annoncent déjà que dans deux ou trois jours le roi couchera dans le lit de Louis XIV. Voulez-vous me permettre d'empêcher cela? Le château est tout entier transformé en ambulance; mais dans cette ambulance il n'y a pas de blessés; tous les châteaux se les arrachant à la sortie des trains qui vien nent de la frontière, et l'on ne peut de la sorte hisser sur lui le

drapeau protecteur de la Convention de Genève. Eh bien, j'ai le typhus dans mes salles; autorisez-moi à le porter au château, en y faisant porter mes malades, et je vous affirme que le roi n'y entrera pas, ni personne. »

M. Charton s'empressa d'accepter. Les malades de l'hôpital furent installés sous la chambre même du grand Roi, et le drapeau de Genève flotta sur sa maison.

Et c'est ainsi qu'un médecin, à lui seul, fit reculer le roi de Prusse et le prince héritier, et Bismarck et de Moltke, remportant ainsi une petite victoire en cette malheureuse guerre. En effet, Guillaume, faisant son entrée dans Versailles, s'allait diriger vers la demeure de Louis XIV, quand on l'arrêta par ce mot terrible : « Le typhus est au château! » Il n'y entra pas ce jour-là, et il était furieux, dit-on. Lui et son état-major furent, on se le rappelle, obligés de se disperser, au lieu de se loger tous dans le palais, et cette dispersion même les gêna beaucoup, les jours ou les nuits d'alerte, pour se prévenir, se concerter, se réunir.

°°°

L'Académie de médecine a reçu plusieurs lettres de candidature. Il en est une, celle de M. Corlieu qui est en latin. A sa lecture on se croirait reporté à une autre époque. La voici :

« Savantissimi Doctores, medicinæ professores, qui hic assemblati estis.

« Ego, Augustus Corlieu, Bibliophilos honorarius saluberrimæ Facultatis medicinæ Parisiensis, necnon nostræ historiæ religiosissimus scriptor, qui a multis annis humillimam *Socii* sedem inter immortales medicos sollicito, hodie adhuc hians fausta suffragia ambio, ut in vestro doctissimo gremio recipiar, antequam pallida Mors me ad inferna limina pulset.

« Vos omnes amat et amabit in æternum candidus et canditatus.

« CORLIEU. »

Puissent les « Savantissimi Doctores, medicinæ professores » lui être favorables!

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1902

Présidence de M. Du Castel.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Correspondance.

En outre des imprimés ordinairement adressés à la Société, la correspondance comprend de la part de M. le professeur Salomonsen, de Copenhague, correspondant, l'envoi d'un volume consacré à l'exposition des travaux de l'Institut sérothérapique de Danemark.

M. le D[r] Hénocque adresse sa démission de membre titulaire.

A l'occasion du procès-verbal

De l'emploi de l'eau oxygénée.

M. Courtade. — L'eau oxygénée commerciale peut ne pas être inoffensive quand on l'emploie quotidiennement, comme j'en ai rapporté un exemple, l'an dernier, à la Société de médecine et chirurgie pratiques. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte, depuis plusieurs années, d'otorrhée compliquée d'une fistule mastoïdienne s'ouvrant dans le conduit auditif. Sous l'influence des pansements qu'elle se faisait et dans lesquels entrait l'eau oxygénée médicinale, la fétidité avait disparu et la suppuration avait presque cessé, lorsqu'un jour une aggravation survint dans les symptômes subjectifs : douleur, sécrétion abondante et fétide, céphalalgie. L'examen de la région révélait la présence d'une ulcération qui, partant de la fistule, gagnait la paroi infé-

rieure du conduit auditif; l'ulcération de la peau augmenta en étendue et en profondeur, sans cependant devenir inquiétante. Recherchant la pathogénie d'une complication si insolite, j'interrogeai la malade sur ses antécédents constitutionnels; elle se trouva syphilitique depuis quelques années.

Je crus un instant qu'un traitement spécifique pourrait arrêter l'évolution de l'ulcération du conduit auditif; au bout de huit à dix jours d'épreuve, les choses étaient dans le même état.

C'est alors que, très incidemment, la malade m'apprit que depuis quelque temps elle avait remplacé l'eau oxygénée médicinale par de l'eau oxygénée fournie par un coiffeur, croyant à l'identité des produits. L'aggravation avait commencé avec l'usage du nouveau liquide et sa suppression fut suivie d'une guérison apparente rapide.

La composition de l'eau oxygénée du commerce est très variable, quant à la nature et la quantité d'acide qu'elle contient : certaines eaux oxygénées renferment de l'acide fluorhydrique qui est très corrosif pour la peau.

Un auteur, dont j'ai oublié le nom, a proposé d'ajouter à l'eau oxygénée commerciale de l'éther; l'adjonction de cet agent détruirait l'acidité du liquide tout en fixant l'oxygène et permettant ainsi une longue conservation à un produit aussi altérable que l'est l'eau oxygénée; il y aurait lieu de la part de nos collègues de la Société de thérapeutique, pharmaciens, de contrôler cette expérience et voir si l'eau oyygénée ainsi modifiée peut devenir propre à l'usage médicinal.

M. Gallois. — Il eût été bon, à mon avis, de s'assurer, au moyen du permanganate de potasse, de la présence de l'oxygène dans la solution qui a provoqué les accidents dont nous entretient M. Courtade. D'un autre côté, on aurait pu neutraliser l'acidité de cette solution en la coupant avec une quantité égale d'une solution de bicarbonate de soude à 2 p. 100, ajoutée au moment de l'emploi.

L'eau oxygénée s'altère souvent très vite, et on fera toujours bien de l'examiner chimiquement avant de l'utiliser.

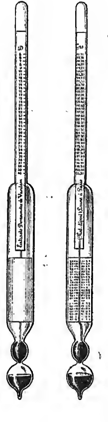
Présentations

I

M. Bardet. — J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. Vadam, un appareil destiné à l'examen chimique des urines.

Sur un nouveau densimètre destiné à faire connaître sans évaporation le poids des matières fixes en solution dans l'urine,

par M. Vadam.



M. Vadam présente un densimètre spécial établi sur ses indications et au moyen duquel on peut déterminer d'une façon très approchée le poids des matières fixes en solution dans l'urine, sans avoir recours au procédé par évaporation qui, on le sait, effectué dans le vide, est excessivement long et exécuté à la pression atmosphérique donne des résultats très défectueux.

Dans sa note M. Vadam insiste sur ces causes d'erreur et ces difficultés opératoires et fait d'autre part ressortir l'avantage qu'il y a pour la clinique, à envisager les variations du rapport de l'urée aux matières fixes parallèlement à celles du rapport azoturique.

C'est pour établir rapidement le rapport de l'urée aux matières fixes, que M. Vadam a fait établir ce densimètre spécial.

Le rapport de l'urée aux matières fixes donne la mesure d'un déchet organique composé de *corps ternaires* qui résulte du dédoublement défectueux des hydrates de carbone en eau et acide carbonique; tandis que le rapport azoturique donne la mesure du déchet azoté résultant de la transfor-

mation imparfaite des matières albuminoïdes en urée. La nutrition ralentie est en effet la résultante de ces deux transformations viciées, et le rapport azoturique est impuissant à résoudre le problème à lui seul. M. Vadam rappelle qu'Amann, de Lausanne, en 1897 a montré que le coefficient qui exprime la relation entre la densité de l'urine et le poids des solides en dissolution est variable avec la concentration et non pas fixe comme plusieurs auteurs l'on pensé. Ce qui prouve que le moyen qui consiste à multiplier les deux derniers chiffres de la densité par 2,33 pour obtenir le poids des matières fixes est un procédé qui même approximatif est très inexact.

C'est sur l'emploi de ce coefficient *variable* vérifié pour les urines sucrées et albumineuses que repose la construction de l'Extracto-Densimètre.

II. — *Maladie de Little très améliorée par le traitement mercuriel*, par P. Gallois et M. Springer.

Nous publions cette observation pour engager nos confrères, quand ils se trouvent en présence de symptômes qu'on peut rapporter au syndrome « de la maladie de Little », à employer le traitement mercuriel, alors même que l'examen clinique ne permet de déceler aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire.

L'enfant que nous présentons a été examinée par plusieurs médecins des hôpitaux spécialisés comme médecins d'enfants et comme neurologistes. Ils ont tous été d'accord sur ce diagnostic et sur le traitement, consistant en toniques, bains salés, massage, électricité, etc. Aucun d'eux n'a prescrit le traitement mercuriel. Il ne semble donc pas inutile d'appeler l'attention sur ce traitement, qui, dans le cas actuel, a déterminé une amélioration et même une transformation extrêmement rapide de l'état paraplégique et presque idiot de cette enfant.

Renée L... est née en 1898. Elle a actuellement quatre ans et demi. Le père a été en Afrique, il en aurait rapporté les fièvres ;

mais le fait n'est pas très certain. En effet, il n'aurait pas eu d'accès en Algérie, ce ne serait que deux ans après son retour qu'il en aurait eu un seul, lequel aurait duré deux jours.

Par contre, il est alcoolique : garçon de restaurant, il boit, depuis une quinzaine d'années, environ deux litres de vin par jour, et des apéritifs de temps en temps. Cet alcoolisme est très bien toléré : pas de tremblement appréciable, pas de cauchemars, pas de pituites. Il aurait eu une gastrite et une péritonite à l'âge de huit ans. Il nie toute syphilis. Il a une sœur qui est née avec une malformation du pied et qui est morte de convulsions. Sa mère et sa grand'mère sont mortes d'attaques.

La mère de l'enfant, qui est allemande, n'a aucune consanguinité avec son mari, elle a toujours eu, dit-elle, une bonne santé. Cependant elle a des crises d'asthme. Elle n'a pas fait de fausses-couches. La petite malade est son premier et son seul enfant. Elle est venue à sept mois, après une grossesse normale. L'accouchement se fit sans difficultés. La mère attribue la naissance avant terme à la frayeur qué lui aurait causée l'unique accès de fièvre de son mari.

L'enfant a été emmenée en nourrice en Allemagne. Le médecin qui la vit, refusa de la vacciner, disant qu'elle devait être idiote. Elle n'a pas eu de convulsions; vers l'âge de un an, on a remarqué qu'elle ne pouvait pas tenir sa tête.

La dentition s'est effectuée normalement, cependant l'incisive latérale gauche supérieure a les caractères de la dent d'Hutchinson. Mais, c'est une dent de première dentition et, pour beaucoup d'auteurs, la dent d'Hutchinson n'est considérée comme un stigmate d'hérédo-syphilis que quand elle appartient à la seconde dentition.

Au moment où l'enfant avait deux ans, les grands-parents ont prévenu la mère qu'elle ne pouvait pas marcher. La mère est allée chercher sa fille et a constaté, en outre, qu'elle louchait. Depuis ce temps l'enfant a été montrée à divers médecins, lesquels ont émis diverses opinions, celle de rachitisme en particulier. Cependant le diagnostic exact a été certainement porté, car

elle a consulté, dans les hôpitaux, des médecins d'enfants et des neurologistes de valeur incontestable.

C'est le 4 mai 1902 que nous voyons l'enfant pour la première fois. Ce qui frappe, tout d'abord, c'est une apparence idiote : grosses lèvres, bouche béante, strabisme convergent, mobilité bizarre, impossibilité de se tenir. Il est difficile d'obtenir des réponses aux questions posées. La mère, indulgente comme toutes les mères, dit cependant que l'enfant parle.

D'après elle, si l'enfant s'exprime difficilement, cela tiendrait à ce que la langue allemande lui est plus familière que le français; d'ailleurs elle est émue.

Pour terminer ce qui a trait aux troubles oculaires, disons tout de suite que le strabisme est variable dans son intensité, il s'exagère en particulier à l'occasion des émotions. Il n'y a pas de nystagmus même dans les positions extrêmes des yeux. L'acuité visuelle est bonne de chaque côté, ce qu'on vérifie en faisant prendre à l'enfant une épingle pendant que chaque œil est alternativement fermé.

Ce qui inquiète surtout la mère c'est que l'enfant ne peut absolument ni marcher seule ni se tenir debout sans être soutenue. Quand on essaie de mettre l'enfant sur ses jambes, elle accuse une vive frayeur; cependant ses jambes ont la force de la porter; mais, dès qu'on la lâche, elle tombe soit en avant, soit en arrière. Quand on soutient l'enfant sous les bras, on constate que ses genoux sont tournés en dedans et que ses pieds se croisent. Il y a de l'équinisme, plus marqué à droite. En la soutenant on arrive à lui faire faire à grand'peine quelques pas. L'enfant ne peut se tenir assise par terre, elle tombe aussitôt à la renverse. Assise sur une chaise, elle se tient mieux, mais à condition de se caler contre le dossier ou de se retenir à un objet. Dans cette situation, les jambes pendent et ne sont pas relevées horizontalement, comme le fait se produit souvent dans les cas typiques de la maladie de Little. La contracture n'est pas en effet très accusée. Elle est appréciable cependant. Quand on essaie de mouvoir les jambes et surtout de les écarter on éprouve une

légère résistance, plus marquée du côté droit. Le pied droit est d'ailleurs plus dévié en dedans que le pied gauche. Il y a une ébauche de trépidation épileptoïde plus accentuée à droite également. Quant aux réflexes rotuliens, ils sont manifestement exagérés. La contracture s'accentue quand l'enfant veut faire un effort ou qu'elle est émue. C'est la contracture qui l'empêche de se mouvoir, il n'y a pas de paralysie véritable. Il n'y a pas de troubles trophiques très accusés, cependant les membres inférieurs paraissent plus minces que chez un enfant normal. Les bras paraissent sains, cependant la main droite serait plus maladroite que la gauche. Pas de troubles appréciables de la sensibilité.

En plus des phénomènes légers de contracture, la malade parait avoir quelques mouvements involontaires, des espèces de tics : elle renverse la tête, ouvre la bouche, tire la langue, fait une aspiration bruyante. La parole est un peu bredouillante, le caractère est un peu sombre, l'enfant ne veut voir que sa mère.

Nous portons le diagnostic de maladie de Little, nous appuyant sur l'attitude de l'enfant, la naissance avant terme, la précocité des troubles moteurs, l'air idiot, le strabisme ; sans doute la contracture des extrémités inférieures n'est pas très accentuée, mais le cas nous parait correspondre aux formes frustes décrites par Freud et admises par P. Simon. Lorsqu'il s'agit de prescrire un traitement, nous nous décidons à essayer le mercure, l'accouchement avant terme nous faisant penser à la syphilis; à ce moment nous n'avions pas encore vu le père et n'avions aucun renseignement sur ce sujet. Nous prescrivons XX gouttes de liqueur de Van Swieten.

Très rapidement l'état de l'enfant s'améliore et le 15 mai, onze jours après notre consultation, l'enfant marchait seule. Le 1er juin elle nous est montrée à nouveau et n'est presque plus reconnaissable. Son air idiot s'est beaucoup transformé, elle parle, elle est vive, elle joue et saute dans la chambre. On lui fait prendre de la décoction de céréales en plus de sa liqueur de Van Swieten. Nous la revoyons le 15 juin, l'amélioration se poursuit. L'enfant,

nous dit-on, marche toute la journée. Cependant, en l'examinant, on reconnaît bien que sa démarche n'est pas encore normale. Elle marche les jambes écartées, les genoux en dedans et un peu fléchis, le tronc incliné en avant. Elle a encore de l'appréhension et craint de tomber. Le caractère est beaucoup changé : elle est devenue gaie et rieuse, la parole est beaucoup plus nette qu'autrefois. On porte la dose de liqueur de Van Swieten à XL gouttes.

Le 13 juillet l'enfant se tient plus droite et le strabisme paraît moins accentué. On la met à LX gouttes.

Depuis cette époque, les progrès ont été moins rapides. L'enfant n'est pas guérie et présente encore assez de signes pour faire reconnaître son affection, mais l'amélioration se poursuit quoique d'une façon plus lente qu'au début. Actuellement, elle se tient presque droite, tandis que, ces derniers temps encore, elle était notablement inclinée en avant. Les genoux ne sont plus tournés en dedans. C'est à peine si, pendant la marche, les pieds sont plus écartés que normalement. Le strabisme a été très peu modifié. Malgré l'amélioration de son état mental, elle reste encore un peu arriérée.

Il est difficile de tirer de cette observation des conclusions bien précises; cela tient à ce que, dans nos connaissances sur la maladie de Little, presque tout est obscur : sa définition clinique, son anatomie pathologiqne, sa nature, son étiologie.

En effet, on ne s'entend pas sur le sens exact qu'il faut donner à l'expression « maladie de Little ». Pour certains auteurs : Marie, Brissaud, Marfan, P. Simon, etc., la maladie de Little est une affection nettement individualisée, caractérisée par une paraplégie spasmodique d'origine congénitale, appartenant en propre aux enfants nés avant terme, ne se compliquant ni de phénomènes convulsifs, ni de troubles intellectuels et susceptible d'une amélioration progressive. Le strabisme est un des phénomènes fréquents de cette affection. Pour d'autres, tels que Raymond, le type ainsi défini ne constitue pas une espèce morbide autonome. Il fait partie d'un groupe de types morbides (maladie de

Little, paraplégie spasmodique infantile, hémiplégie spasmodique infantile, diplégie cérébrale infantile) entre lesquels existent toute une série de formes intermédiaires qui, pour le moment, empêchent d'établir une classification. Que la maladie de Little soit une affection autonome ou un simple syndrôme, elle constitue un type clinique auquel correspond, il nous semble, l'observation de notre malade. Ce serait, en particulier, au point de vue moteur, à une des formes frustes décrites par Freud, qu'elle se rattacherait.

Pouvons-nous nous représenter la lésion qui lui donnerait naissance chez notre malade? Les divergences des auteurs en fait d'anatomie pathologique de la maladie de Little, nous empêchent d'être affirmatifs. Pour les auteurs, qui font de la maladie de Little un syndrome, les lésions peuvent être très variées et pourraient atteindre le faisceau pyramidal primitivement ou secondairement. Les lésions provoquant secondairement la dégénérescence du faisceau pyramidal, pourraient être la sclérose cérébrale, la méningite, les hémorragies capillaires multiples résultant d'un accouchement laborieux, les hématomes, les kystes, etc. Mais ces faits, quelle que soit leur ressemblance clinique avec la maladie de Little, devraient, pour Marie, en être séparés et rentrer dans le groupe des diplégies de l'enfance. Pour cet auteur, la caractéristique anatomique de la maladie de Little est un arrêt de développement du faisceau pyramidal. Ce faisceau, se constituant dans les derniers mois de la vie intra-utérine, est arrêté dans son évolution par la naissance avant terme. Un examen histologique très remarquable de van Gehuchten semble confirmer de façon éclatante cette opinion. En effet, chez un enfant né à 7 mois et qui ne vécut qu'un jour, cet auteur a noté une absence complète des fibres pyramidales dans la moelle. On ne constatait ni gaine de myéline, ni cylindraxes. Par contre, dans le bulbe et dans les hémisphères cérébraux, le prolongement du faisceau pyramidal était normalement constitué. Van Gehuchten admet qu'à 7 mois le faisceau pyramidal est descendu jusqu'à la moelle allongée, mais qu'il n'a pas atteint la moelle spinale.

Par contre Philippe et Cestan sur quatre enfants ayant présenté le syndrome de Little n'ont trouvé aucune altération, ni sclérose, ni agénésie du faisceau pyramidal dans le bulbe et la moelle. Mais ces enfants étaient nés à terme, aussi ne rentrent-ils pas absolument dans le type nettement précisé par Marie. La même remarque s'applique également à l'observation de Mya et Lévi qui ont noté chez un enfant, né à terme, une aplasie des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale.

Dans le cas présent, puisque l'enfant est né avant terme, nous serions très disposé à rattacher son observation à une maladie de Little, type Marie-van Gehuchten, avec arrêt de développement du faisceau pyramidal. Mais l'état mental nous paraît un peu trop touché pour éliminer complètement l'hypothèse d'une lésion cérébrale.

Si nous ne pouvons établir de façon certaine la lésion anatomique dans ce cas, pouvons-nous en reconnaître l'étiologie?

Quelles sont donc les causes habituellement invoquées pour expliquer la production de la maladie de Little. Marfan, assez éclectique, admet qu'elle peut être due soit à un traumatisme (obstétrical généralement), au moment de la naissance, soit à une infection ou à une intoxication subie par la mère et ressentie par le fœtus dans les derniers mois de la grossesse et déterminant souvent la naissance avant terme. Dans notre cas on pourrait invoquer l'alcoolisme certain ou le paludisme problématique du père. Comme Freud admet qu'une frayeur de la mère peut provoquer la maladie de Little chez l'enfant, nous pourrions dans notre cas invoquer cette étiologie. Mais étant donné les résultats du traitement mercuriel, c'est à la syphilis que nous sommes obligé de penser, malgré les dénégations du père.

Cette notion de l'origine syphilitique possible de la maladie de Little n'est pas actuellement très en faveur. Cependant Raymond se demande « si on n'a pas attribué à la syphilis un rôle trop effacé dans la genèse de ces accidents ». Fournier, plus affirmatif, trouve que « c'est vraiment se payer de mots que de rapporter la maladie de Little à la naissance avant terme, aux difficultés de

l'accouchement, à des maladies inflammatoires du fœtus etc. ».

Avec Gilles de la Tourette il a soumis avec succès deux enfants atteints de la maladie de Little au traitement spécifique. Différentes observations de Gardié, Simon, Gee, Gaudard, Breton, Gasne, Moncorvo, Jendrassik et Marie, de Amicis, Mouratoff, E. Fournier, sont favorables à l'hypothèse de l'origine syphilitique de la maladie de Little. Mais là encore la plupart des auteurs comptent comme maladie de Little des paraplégies spasmodiques survenues chez des enfants nés à terme, alors qu'il y aurait peut-être intérêt à réserver ce nom aux paraplégies spasmodiques des prématurés. En tout cas les partisans de l'origine syphilitique de la maladie de Little considèrent en général qu'elle fait partie des accidents parasyphilitiques peu modifiables par le traitement spécifique.

Dans notre cas le traitement mercuriel a été suivi d'une amélioration très accentuée et très rapide. Devons-nous en conclure à l'existence d'une syphilis ignorée? Peut-être aussi faut-il se demander si le mercure n'est pas capable d'agir en dehors de la syphilis. Le fait que nous communiquons ne tranche évidemment pas la question, mais il constitue un document d'attente qui pourra être utilisé pour la solution du problème, et à ce titre nous pensons qu'il méritait d'être publié.

La malade est présentée à la Société.

Discussion

LES INJECTIONS MERCURIELLES

(*Suite.*)

I. — *Nouvelle contribution théorique et clinique à l'étude des injections mercurielles,*

par L. LAFAY.

Ma précédente communication n'avait en vue que le côté pharmaceutique des injections mercurielles; elle laissait volontairement dans l'ombre les considérations d'ordre purement médical.

M. Danlos, en l'honorant d'une réponse d'ensemble, lui donné une importance bien au-dessus de mes prétentions; je l'en remercie très sincèrement. Mais il a en même temps formulé quelques observations, et souligné certains points de détail incomplètement éclairés, que je me trouve ainsi contraint de reprendre aujourd'hui devant vous. Je le regrette pour la Société, dont le temps est précieux, et lui présente toutes mes excuses.

Cyanure. — Dans notre dernière réunion, M. Danlos nous disait qu'en passant en revue, lors de sa première communication, un certain nombre de sels de mercure (cacodylate, lactate, salicylate, cyanure et biiodure), il avait eu surtout pour but de justifier sa préférence pour les injections de cyanure, « les seules dont il eût fait une étude un peu suivie ».

Sans vouloir lui objecter que préférence implique comparaison préalable, je noterai simplement que les raisons à l'appui desquelles il a légitimé son choix ne sont pas spéciales au cyanure.

1° « Ce sel ne coagule pas l'albumine. » — Mais nous savions déjà, et M. le professeur Pouchet nous a rappelé dans sa communication du 23 avril dernier, que l'iodure double de mercure et de sodium, le chlorure double de mercure et de sodium, le lactate acide de mercure, etc., ne précipitent ni le sérum, ni l'hémoglobine.

L'emploi des paquets de sublimé de l'Académie, dits paquets des sages-femmes, constitue une application déjà ancienne de cette vérité;

2° « Il est facile de se le procurer dans des conditions de pureté parfaite. » Mais l'iodure double de mercure et de sodium est dans le même cas, et la conservation de sa solution me semble même plus complète, si l'on a soin de la placer dans des flacons jaunes.

Contre le cyanure, dont l'efficacité, je le reconnais, n'est pas douteuse, il y a :

1° La douleur, qui est notablement plus forte avec le cyanure qu'avec tout autre sel de mercure soluble;

2° La nécessité, conséquemment, d'y adjoindre de la cocaïne, ce qui n'est pas un inconvénient négligeable;

3° La présence du radical cyanogène, auquel je serais bien tenté d'attribuer les érythèmes scarlatiniformes intenses, observés à Saint-Lazare, par MM. Barthélemy et Lévy-Bing;

4° La tendance à provoquer la stomatite et la diarrhée, que mon ami le Dr Lévy-Bing estime supérieure à celle de tous les autres sels de mercure.

Le choix du cyanure fait par M. Danlos est donc discutable, surtout si on le compare au biiodure en solution aqueuse, qui, je le répète, nous a semblé préférable au triple point de vue douleur, nodosité et tolérance.

Pour ce qui est de l'efficacité du biiodure aqueux, les observations du Dr Lévy paraîtront prochainement dans sa thèse. Je me contente d'ajouter que, depuis notre communication à la Dermatologie, des faits nombreux sont venus corroborer nos précédentes conclusions.

J'ajoute pour les confrères qui tiendraient à rester fidèles au cyanure, que le Dr Lévy-Bing étudie en ce moment avec son maître M. le Dr Barthélemy, l'*oxycyanure de mercure*, sel très voisin du cyanure, paraissant déterminer moins de ptyalisme, mais autant de diarrhée, et doué d'une activité thérapeutique sensiblement égale.

Il présente comme avantages : un plus fort pourcentage en mercure, et ses injections sont assez peu douloureuses pour pouvoir être faites sans cocaïne, même à la dose de 0,02 de sel par cc.

J'apporterai dans quelque temps à la Société cette étude qui n'est pas encore au point actuellement.

Cacodylate. — En additionnant d'un même nombre de gouttes d'une solution potassique le liquide de deux ampoules de cacodylate, M. Danlos a obtenu deux précipités de couleur absolument différente.

Cette constatation m'est très agréable à enregistrer. Elle me permet d'abord d'admirer le soin méticuleux, qui préside aux injections faites par M. Danlos; qu'il veuille bien m'autoriser à

l'en féliciter très vivement. Que d'incidents fâcheux, peut-être même d'accidents, eussent été évités en suivant cette pratique.

Elle a encore un autre mérite à mes yeux : elle démontre l'importance qu'il convient d'attribuer à la forme pharmaceutique, imporance qu'il m'est difficile de mettre en relief sans montrer qu'elle est en contradiction avec une phrase de M. Danlos, que je trouve un peu plus loin : « La question des injections solubles n'est pas seulement une simple question de forme pharmaceutique. » — J'en demande pardon à M. Danlos, mais je considère au contraire, le côté pharmaceutique de toutes les injections hypodermiques, surtout mercurielles, comme de tout premier ordre, pour cette raison élémentaire que, quel que soit le talent de l'artiste (le médecin en la circonstance), avec de mauvais matériaux il ne fera jamais de bonne besogne.

Interrogez sur ce point la pratique de tous les jours, et voyez comment les choses se passent soit à la ville, soit à l'hôpital. A la moindre alerte postopératoire, que fait le médecin? — Monsieur le Pharmacien, vous êtes bien sûr de votre préparation? — Naturellement le pharmacien dit oui! — Mais l'opérateur lui aussi est sûr de sa piqûre, si c'est lui qui l'a faite; sûr de ses aides, même s'il n'a pu assister à l'injection! Finalement ce n'est de la faute de personne!... donc c'est la faute à la méthode!

Ceci est tellement vrai, que chaque médecin a en quelque sorte *son* pharmacien, pour ses injections, ou même tel pharmacien pour ses injections solubles, tel autre pour les insolubles.

Ces réserves faites, l'expérience de M. Danlos ne touche en rien la question du cacodylate de mercure, et encore moins, s'il est possible, celle des injections mercurielles.

M. Danlos en effet, prend deux ampoules, dont il ne nous indique pas l'origine, commune ou différente, et obtient avec chacune d'elle « un précipité très différent ». La seule conclusion que comporte cette constatation est la suivante : des deux échantillons de M. Danlos, l'un au moins est défectueux! C'est affaire au préparateur de la solution et non au sel de mercure! D'où encore l'importance du rôle dévolu au pharmacien.

Du reste, l'observation journalière est riche en faits de ce genre, démontrant que le rôle du médecin est singulièrement facilité ou entravé par le pharmacien. Je n'insiste pas.

Biiodure. — Dans une communication faite en mai dernier à la Société de Dermatologie, en collaboration de MM. Barthélemy et Lévy-Bing, nous donnions un travail d'*ensemble* sur les injections de biiodure de Hg, en solution huileuse et en solution aqueuse. Nous disions, en guise de conclusion, que l'huile biiodurée à 15 milligrammes par centimètre cube, surtout si on la compare à la solution aqueuse du même sel, est généralement douloureuse, et occasionne assez fréquemment des nodosités.

Dans ma note à la Société de Thérapeutique en juin dernier, je citais le cas *isolé* d'un confrère qui avait pu se faire, sous la peau de l'abdomen et du flanc, plus de 100 injections d'huile biiodurée à 1 centigramme par centimètre cube, sans douleur ni induration.

Cette dernière observation est pour M. Danlos une source d'objections, auxquelles je répondrai aussi brièvement que possible.

1° « M. Lafay nous dit que ces injections peuvent être pratiquées un peu partout indifféremment, sous la peau ou dans les muscles. » — Émettre une semblable assertion équivaudrait, je le crains, à vouloir être seul de cet avis, et si M. Danlos veut bien s'en tenir à la lettre de ma communication, il conviendra, je l'espère, qu'il a eu la conclusion un peu large. J'ai opposé, à une opinion de M. Danlos, une observation clinique, prise sur lui-même par un confrère, voulant montrer par là que le quasi-exclusivisme de M. Danlos n'avait rien d'absolu ; j'ai simplement constaté un point de technique, intéressant surtout parce qu'il constitue une exception.

Du reste les opinions les plus autorisées sont, sur ce point particulier de la question des injections *solubles*, si peu d'accord à l'heure actuelle, qu'il y aurait vraiment trop de simplicité de ma part à m'aventurer sur un terrain à peine déblayé et qui n'est pas de mon domaine.

2° « M. Lafay nous dit aussi que ces injections ne déterminent ni douleurs, ni nodosités, je demande pardon à M. Laffay de le mettre en contradiction avec lui-même, mais je lis dans une autre communication, etc... »

Là encore, je crois que l'expression de M. Danlos dépasse sa pensée, et je suis obligé de rappeler ce que je viens de dire plus haut.

Les injections d'huile biiodurée sont généralement douloureuses et occasionnent parfois des nodosités : voilà le cas général.

Dans ma communication à la Société de Thérapeutique, je rapporte l'observation d'un confrère qui, après plus de 100 injections, n'a constaté ni douleurs, ni nodosités : voilà le cas isolé, l'exception à la règle générale.

Je ne vois vraiment pas où est la contradiction! Je rapporte un fait observé, un exemple qui sort du cadre habituel ! Mais c'est précisément, je le répète, ce qui en fait l'intérêt. Mon ami constitue, au point de vue douleur et nodosité, une exception, tout comme il en constituait une au point de vue de la localisation des piqûres.

C'est tout ce que je peux accorder à M. Danlos.

3° « Cent injections, dit encore M. Danlos, c'est un gros chiffre. » — La remarque de M. Danlos est juste, et ne se fut vraisemblablement pas produite si j'avais été plus explicite. Je reconnais avec lui que, en thèse générale, ce nombre d'injections ne plaiderait guère en faveur de la méthode, mais encore une fois il s'agit d'un cas particulier, d'un gros accident datant actuellement de quatre ans, que la méthode friction-protoiodure, bien et longtemps suivie, n'a pas empêché d'éclater, et dont notre confrère cherche tout naturellement le remède en dehors de la méthode qui l'a si mal servi. Depuis ma communication il s'est mis au biiodure aqueux, qu'il a poussé jusqu'à 8 centigrammes par jour, mais cette dose n'a pu être maintenue (diarrhée), et actuellement elle est seulement de 3 centigrammes avec tolérance parfaite et état général excellent. Mon ami continue, je l'approuve et 'encourage ardemment.

Du reste, je ne demande pas mieux que d'avouer à M. Danlos, ce qui n'est pas pour lui déplaire, que notre polémique concernant l'huile biiodurée à un titre quelconque, vient un peu après la bataille. Sa critique de l'excipient huileux n'est pas neuve, M. le professeur Gaucher la formule depuis longtemps, et, dans notre communication à la Société de Dermatologie, nous n'avons pas caché notre préférence pour la solution aqueuse, bien supérieure à tous égards.

J'ajouterai, d'après mes renseignements personnels, que l'huile biiodurée est en train de disparaître devant le biiodure en solution aqueuse, qui, lui au contraire, semble vouloir prendre le pas sur les autres sels solubles, à en juger par les milliers de centimètres cubes, que j'ai eu l'occasion de préparer depuis la communication de M. le Dr Barthélemy à la Société de Dermatologie.

M. Danlos fait aussi observer, et en cela il a encore raison, qu'une moyenne de 25 injections, pour guérir les accidents qu'on rencontre le plus communément à Saint-Lazare, ne constitue pas une rapidité d'action autrement imposante.

J'emprunte la réponse au Dr Lévy-Bing :

Chaque femme a reçu, il est vrai, une moyenne de 20 à 25 injections, mais cela ne veut pas dire qu'il ait fallu 25 injections pour faire disparaître une roséole ou guérir des syphilides.

La guérison de ces cas légers était le plus souvent obtenue très rapidement, au bout de 8 ou 10 injections, et si nous continuions néanmoins les piqûres, c'était pour ce qu'on est convenu d'appeler le traitement d'entretien.

Il ne s'agissait pas non plus toujours de ces cas précoces, dont parle M. Danlos : nous avons eu un cas d'hémiplégie guéri complètement à la suite de la neuvième injection de biiodure aqueux à 0,05 par cc. Nous soignons, en ce moment, une syphilide tertiaire phagédénique de la cuisse, de dimensions énormes ; elle est aux trois quarts guérie après une série de 10 injections de biiodure aqueux à 0,04 par cc.

Pour ce qui est des accidents survenus dans l'emploi de l'huile biiodurée, nous connaissons déjà la réponse faite par M. Brocq, lui-même, au sujet du cas observé dans son service.

Le second exemple, relaté par M. le professeur Fournier, a été constaté chez un malade de ville soigné par un confrère ; il y a eu, comme dans le premier, escarre et non abcès. La réponse, logiquement, pourrait donc être identique : piqûre d'un nerf.

N'ayant ni la compétence, ni les moyens de déterminer la cause occasionnelle, je n'insiste pas sur le fait en lui-même. Je ferai simplement remarquer qu'il a succédé à une dose quasi homéopathique de mercure (1 mgr. 76), et j'ajouterai que je suis tout à fait de l'avis de ceux qui trouvent téméraire de courir tous les jours semblable risque pour semblable dose de principe actif.

Je demande toutefois la permission d'exposer sur l'ensemble de ces cas malheureux quelques considérations théoriques, et de rappeler :

1° Qu'il manque à la plupart d'entre eux un *cachet de garantie*, dont il faut tenir le plus grand compte : l'œil du Maître assistant à l'injection et disant : J'ai vu !

2° Qu'il y a là une inconnue qui nous échappe encore, nuit à la méthode, mais ne la « vicie » pas, comme on l'a prétendu. Pour nous, cette inconnue réside, soit dans une mauvaise préparation, une décomposition ou une contamination ultérieure du produit, soit dans une faute d'asepsie ou de technique de l'opérateur, soit, enfin, dans un emplacement mal choisi pour la piqûre.

Il est toutefois rationnel de faire entrer aussi en ligne de compte, au point de vue de l'éventualité possible des accidents, l'intolérauce spéciale de certains organismes plus ou moins dyscrasiés, pour toute substance injectée si anodine qu'elle soit ; mais, la statistique considérable que j'ai l'honneur de vous soumettre rend en pratique cette crainte chimérique.

Ainsi, parmi un nombre relativement restreint d'injections de sels solubles et insolubles, nous trouvons, d'un côté, quelques

rares accidents suivis d'escarre ou de gangrène et même des cas de mort, quand d'un autre côté nous avons :

M. le Dr Jullien	environ	40.000	injections et pas un	cas analogue.
—	Barthélemy	25.000	—	—
—	Emery	15.000	—	—
—	Edmond Fournier	13.000	—	—
—	Leredde	6.000	—	—
—	Lévy-Bing	6.000	—	—

Soit 105.000 injections sans aucun accident proprement dit.

Je ne vois donc pas là d'épouvantail bien réel, et si la plaisanterie était de mise en pareille matière, je serais tenté de conclure que le nombre des accidents est inversement proportionnel au nombre des piqûres !

Le hasard évidemment n'est pas seul en cause, car s'il en était ainsi les partisans des injections triompheraient vraiment, et seraient en droit de revendiquer exclusivement pour eux l'*audaces fortuna juvat*.

3° Qu'il serait sans précédent dans l'histoire de la thérapeutique qu'une méthode de traitement aussi énergique pût s'implanter d'un coup, sans aléas, sans tâtonnements, sans incidents, voire même sans accidents !

Existe-t-il, je le demande à ceux qui font des piqûres une méthode d'exception, existe-t-il un mode de traitement qui ait eu des débuts comparables à ceux de la méthode friction-protoiodure, qu'ils nous vantent aujourd'hui ?

Elle compte actuellement plusieurs centaines d'années, et le souvenir des horreurs qu'elle accumula est aujourd'hui si peu oublié que le public conserve encore l'effroi du mercure et que les charlatans n'attirent à eux les pauvres vérolés qu'en leur promettant la guérison sans mercure !

Et l'antisepsie ! Combien y a-t-il d'années qu'elle n'enregistre plus ni gangrènes phéniquées, ni intoxications mercurielles mortelles ?

Je n'en finirais pas si je devais passer en revue chaque affection ou chaque médicament héroïque !

Il n'est pas jusqu'à l'iodure de potassium qui, après ingestion

d'un seul gramme, n'ait eu à son actif des cas de mort foudroyants, comme j'en ai rapporté quelques-uns dans ma thèse! Faudrait-il donc aussi le supprimer ?

On demande aux partisans des injections d'étudier comparativement la méthode friction-protoiodure et la méthode des injections.

Mais il y a des siècles qu'ils emploient et les frictions et l'ingestion ! Aujourd'hui leur opinion est faite : ils sont infiniment reconnaissants des services rendus, mais ils se rappellent aussi que, même appliquée dans toute sa rigueur, la méthode classique ne leur apporte qu'un semblant de sécurité, et ne les garantit qu'incomplètement contre le tertiarisme.

4° Je rappellerai enfin, qu'en opposition avec les rares cas d'intolérance survenus à la suite de doses normales, il en existe d'autres, beaucoup plus nombreux, où une quantité très exagérée de mercure, administrée le plus souvent par inadvertance, a pu être injectée impunément.

Laissant de côté les cas bien connus qui ont fait déjà l'objet d'observations antérieures, je citerai quatre exemples récents qui m'ont été communiqués par le Dr Lévy-Bing et un de nos confrères de la Société, et où la dose d'huile grise à 40 p. 100 a été d'une demi-seringue, soit 0 gr. 25 de mercure métallique : aucune suite fâcheuse, ni stomatite, ni aucun symptôme d'intoxication.

Un autre fait, intéressant beaucoup plus directement la thèse que je soutiens, est le suivant qui a trait au biiodure : Dans une clinique-maison de Santé, un certain nombre de malades sont soumis aux injections d'huile iodée à 40 p. 100 (lipiodol Lafay). Chaque malade reçoit quotidiennement de 1 à 5 cc. de lipiodol, quelquefois plus. — Pour faciliter l'injection du lipiodol, la surveillante a coutume de mettre le flacon au bain-marie à l'heure de la visite. Un jour les malades se plaignent tous, et affirment que leur injection, habituellement indolore est un peu, assez ou même très douloureuse. Le chef de clinique constate, mais trop tard, que les injections ont été faites avec une solu-

tion aqueuse de biiodure à 0 gr. 02 par cc. : la surveillante, par mégarde, avait mis dans le bain-marie un flacon de biiodure de mercure au milieu des flacons de lipiodol.

Suivant l'âge, les malades avaient reçu 1, 2, ou 3 cc. de solution (soit 0 gr. 02, 0 gr. 04, 0 gr. 06, de biiodure); une jeune femme, de vingt ans à peine, pesant de 45 à 50 kilog., reçut 5 cc. de solution, soit 0 gr. 10 de biiodure. Il n'y eut dans la suite d'autre complication qu'une vive douleur et un peu de diarrhée.

En résumé : le débat n'est pas près d'être épuisé et la question des injections mercurielles soulèvera encore bien des controverses.

Actuellement, ce qu'il importe, c'est d'accumuler *des faits*, observés du premier au dernier acte inclusivement, sévèrement contrôlés et indiscutables ; — et non *des opinions!*

Dans la suite, la conclusion rationnelle s'imposera d'elle-même.

II. — *Quelques réflexions sur la question des injections mercurielles*, par M. Ed. Desesquelle.

Je suis particulièrement heureux que ma note, présentée ici même en décembre dernier, sur les *injections hypodermiques de benzoate de mercure* et la remarquable observation relatée par M. A. Robin sur le même sujet, aient suggéré à M. Leredde l'idée de mettre en discussion l'intéressante question des injections mercurielles qui est à l'ordre du jour et n'est pas près d'être épuisée.

Chacune des sections de notre Société peut apporter sa part de contribution à l'étude des problèmes nombreux et variés que comporte cette question. Pour mon compte je me permettrai de reproduire en partie et de compléter sur certains points quelques-unes des observations que j'ai déjà publiées ailleurs (*Bull. des Sciences pharm.*, septembre 1902).

I. — Tout d'abord, il est un point qui me paraît absolument acquis, c'est la supériorité et la rapidité d'action thérapeutique des préparations mercurielles administrées en injections par rapport aux mêmes préparations introduites par la voie stomacale.

Plusieurs fois je me suis livré à cet égard à une étude comparative dont j'ai parlé dans ma note de décembre dernier. Je n'y reviendrai pas.

II. — Relativement aux douleurs immédiates provoquées par les injections mercurielles, on a proposé de recourir à l'addition de certaines substances analgésiques, telles que le phénol, le gaïacol, l'orthoforme, la cocaïne, l'acoïne, etc. A mon avis cette addition peut présenter de sérieux inconvénients et déterminer des accidents d'intoxication chronique provoqués par ces substances analgésiques.

Dans le même but on a proposé aussi d'employer un liquide isotonique comme dissolvant, du moins pour les composés solubles. J'ai déjà, dans ma note de décembre, émis à ce propos l'opinion que le chlorure de sodium en rendant ces solutions neutres devait sans doute à cette circonstance la propriété d'atténuer les douleurs, en dehors des raisons d'isotomie. Il serait intéressant de rechercher si les douleurs ne seraient pas plus atténuées encore avec des solutions beaucoup plus étendues de sel mercuriel en milieu isotonique, comme cela a lieu pour d'autres substances.

On trouve dans le commerce des produits injectables réputés indolores. Je n'hésite pas à déclarer que la réputation de certains d'entre eux est surfaite. Cependant de grands progrès ont été réalisés dans cette voie, et on est arrivé à produire des combinaisons dont l'action irritante est sensiblement diminuée. L'avenir nous dira si l'efficacité thérapeutique du mercure a été conservée dans ces combinaisons.

III. — J'adresserai la même critique aux préparations qui ont la prétention de ne pas occasionner même la plus légère induration.

Si l'on veut bien se livrer à une observation minutieuse, on verra que l'induration produite est légère sans doute, mais très perceptible cependant; elle est plus étalée, plus diffuse.

IV. — A propos des indications thérapeutiques, je partage l'avis de M. Leredde qui pratique les injections au début de la période secondaire pour la raison qu'il a exposée.

V. — Ce qui me fait préférer les préparations solubles, c'est :

1° Leur homogénéité ;

2° Parce qu'elles sont antiseptiques dans toutes leurs parties ;

3° Parce qu'elles sont absorbées plus rapidement, plus sûrement, plus complètement que les préparations insolubles ;

4° Parce qu'injectée par doses fractionnées, elles diminuent les chances d'intoxication.

5° Parce qu'elles possèdent une action curatrice rapide et énergique.

VI. — L'obligation de subir chaque jour ou souvent une opération avec les préparations solubles, qui est considérée comme un inconvénient, constitue, à mon avis, un avantage en ce sens que les injections répétées quotidiennement permettent de surveiller le malade et de lui éviter des accidents d'intoxication.

VII. — Je partage l'opinion de M. Leredde, qui pense que si les injections de composés mercuriels insolubles ont été réputées plus actives, c'est que le mercure injecté sous cette forme est administré d'emblée à doses beaucoup plus fortes.

VIII. — Je n'insisterai pas sur les inconvénients particuliers des préparations insolubles qui ont été dits et redits dans tous les traités de syphiligraphie.

Tout en accordant jusqu'ici la préférence aux préparations solubles, je crois cependant que le dernier mot n'est pas dit sur les injections de préparations insolubles. La solubilité ou insolubilité des composées mercuriels sont, en effet, relatives. Deux composés peuvent être complètement insolubles dans l'eau et ne pas se comporter de la même façon dans l'organisme. L'un sera attaqué plus facilement et plus rapidement que l'autre, par les liquides de l'organisme ; d'où des effets physiologiques et thérapeutiques différents.

IX. — D'après M. Leredde, l'efficacité thérapeutique d'un composé mercuriel dépend uniquement de la quantité de mercure introduite en circulation dans l'organisme dans un temps donné. Cette fois, je suis en désaccord avec M. Leredde, après avoir été de son avis sur beaucoup d'autres points de la question. Sans

doute, la richesse en mercure du composé employé est le point essentiel, fondamental à considérer. Mais ce n'est pas suffisant. La constitution chimique des corps exerce une influence profonde sur leurs propriétés physiologiques, et cette règle générale est applicable à toutes les substances chimiques. L'arsenic et ses composés nous en offrent un des exemples les plus frappants. Je me permettrai de rappeler, à ce propos, le travail que j'ai entrepris dans cet ordre d'idées en 1894, sur *sur la valeur thérapeutique des phénolates de mercure et de certains de leurs dérivés*, travail que M. Patein a présenté ici même, de ma part, la même année.

Un centigramme de mercure sous forme de calomel ne produira pas le même résultat qu'un centigramme de mercure sous forme de bichlorure.

L'exemple peut paraître mal choisi de prime abord, parce que des deux composés l'un est presque insoluble dans l'eau et l'autre soluble. Cependant, même si nous admettons que le calomel soit rapidement décomposé, comme il est décomposé en bichlorure de mercure et en mercure libre, il est évident qne ces formes mercurielles n'agissent pas de la même façon. Mais je choisirai un autre exemple parmi les composés mercuriels solubles. J'ai expérimenté l'hermophényl un certain nombre de fois. Or, à dose égale de mercure injecté, l'efficacité de ce composé mercuriel m'a paru moins rapide et moins énergique que celle du biiodure, du bichlorure ou du benzoate de mercure que j'ai expérimentés d'autre part. Il est vrai que l'hermophényl rachète ce désavantage par d'autres qualités précieuses, telles que sa faible irritation et la propriété de donner des indurations minimes.

X. — Se basant sur les expériences de Merget, M. G. Pouchet prétend que c'est à l'état de vapeur que le mercure exerce dans l'organisme son action dynamique spécifique et qu'un composé mercuriel sera d'autant plus avantageux dans le traitement de la syphilis qu'il réalisera mieux cette mise en liberté de mercure réduit et avec le moins possible d'offense pour les éléments anatomiques. Cependant M. G. Pouchet admet, d'autre part, la formation de chloralbuminate de mercure. Tant que nous ne connaîtrons

pas l'agent pathogène de la syphilis, il nous sera impossible de savoir si les effets thérapeutiques sont dus au mercure à l'état de vapeurs ou à ces chloralbuminates, en supposant admise, bien entendu, cette décomposition des composés mercuriels en mercure à l'état d'extrême division.

XI. — Je ne crois donc pas que cette mise en liberté du mercure dans l'organisme puisse nous servir de criterium pour fixer notre choix parmi les nombreuses préparations mercurielles introduites en thérapeutique.

Pour ne pas prolonger ces considérations pharmacologiques, je dirai, en résumé, que l'idéal du composé mercuriel employé en injections hypodermiques doit remplir les conditions suivantes :

1° Avoir une constitution chimique bien définie;

2° Être d'une conservation facile;

3° Être soluble dans l'eau, ou, si l'on fait choix, dans certains cas, d'un composé insoluble, être très facilement attaqué par les liquides de l'organisme, pour donner des produits de décomposition très solubles dans ces liquides;

4° Ne pas donner de précipité avec les substances contenues dans les liquides de l'organisme;

5° Avoir une vitesse d'absorption et une vitesse d'élimination, telles que l'organisme soit sous l'influence permanente d'une quantité x de mercure (deux composés mercuriels solubles dans l'eau peuvent, en effet, avoir des vitesses d'élimination différentes par suite des combinaisons différentes qu'ils peuvent contracter dans l'organisme. Il est bien entendu que, pour être d'accord avec les idées précédemment exprimées, cette quantité x de mercure variera avec chaque composé mercuriel);

6° Être peu toxique;

7° Être antiseptique;

8° Ne provoquer ni abcès, ni induration;

9° Ne pas être douloureux;

Si complexe que soit le problème, il faut espérer qu'un jour on parviendra à synthétiser dans une formule chimique les desiderata que nous venons d'énumérer. (*La fin au 15 novembre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Gynécologie et obstétrique.

De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle pur. — Parmi les interventions que l'accoucheur peut être amené à pratiquer au moment de la parturition, disent MM. Lepage et Le Lorier (*Gaz. hebd. de méd. et de chir*, 4 mai 1902), il en est quelques-unes qui ne sont pas suffisamment douloureuses pour légitimer l'usage d'un anesthésique tel que le chloroforme ou l'éther, et pour lesquelles cependant la femme désire vivement ne pas éprouver de nouvelles douleurs. C'est ainsi que parfois l'accoucheur éprouve un refus formel lorsque, la délivrance faite, il se met en devoir de pratiquer une suture plus ou moins étendue du périnée.

Dans ces conditions, l'anesthésie par le chlorure d'éthyle présente de sérieux avantages :

1° Administration facile ; la dose de chlorure d'étyle employée étant toujours la même ;

2° Anesthésie obtenue en 30 ou 60 secondes au maximum, pouvant durer 4 minutes sans que la dose soit renouvelée ;

3° Le réveil qui est très rapide (au bout de 30 secondes) se fait sans céphalalgie et ne s'accompagne qu'exceptionnellement de vomissements peu abondants.

Les inhalations de chlorure d'éthyle peuvent être employées avec avantage dans les conditions suivantes :

1° Au cours du travail lorsqu'il est urgent d'extraire le fœtus avec le forceps ou bien lorsqu'on pratique une version par manœuvres internes ou lorsqu'on abaisse le pied antérieur dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. Dans cette dernière circonstance l'anesthésie par le chlorure d'éthyle a l'avantage de permettre un réveil plus rapide de la femme, qui peut par ses efforts terminer l'expulsion du fœtus ;

2° Dans la période de délivrance, l'anesthésie par le chlorure

d'éthyle peut trouver son indication lorsque l'accoucheur est obligé d'aller chercher le placenta dans la cavité utérine ou même exceptionnellement chez une femme particulièrement pusillanime, pour extraire les membranes lorsqu'elles restent en grande partie dans l'utérus et qu'on juge utile de les retirer.

3° Après la délivrance, pour pratiquer des sutures multiples du périnée on peut recourir à ce mode d'anesthésie.

Il est bien entendu que pour toutes ces petites interventions, l'anesthésie n'est utile ou nécessaire que lorsque l'accoucheur pense que l'absence de douleur rendra l'intervention plus facile, ou lorsque la femme ne consent à l'intervention qu'à la condition de ne pas souffrir.

Pendant la grossesse, l'anesthésie par le chlorure d'éthyle peut trouver son indication lorsqu'on a besoin de pratiquer un examen sous anesthésie pour se rendre compte par exemple de certaines viciations pelviennes de diagnostic difficile (bassin oblique ovalaire par exemple).

Maladies de la peau.

Traitement des taches pigmentaires (UNNA). — Laver la peau à l'alcool et appliquer sur les taches de petites plaques d'emplâtre au précipité blanc ; les garder toute la nuit.

Pendant le jour, appliquer avec un pinceau la mixture suivante, qu'on laisse sécher :

Amidon de riz	ââ 2 gr.
Oxyde de bismuth	(ââ 2 gr.)
Craie préparée	4 »
Onguent de glycérine	10 »
Eau de rose	XC gouttes

Quand les taches sont très rebelles, on peut employer aussi le remède énergique d'Hébra, consistant en application de collodion élastique renfermant 1 p. 1000 de sublimé.

FORMULAIRE

Solution iodophénique pour injections hypodermiques.

Iodure de potassium	0 gr.	30
Iode sublimé	0 »	06
Acide phénique pur	2 »	
Glycérine pur	5 »	
Eau distillée Q. s. pour	100 cc.	

Même mode opératoire que pour le sirop iodo-phénique.

10 cc. renferment 6 milligrammes iode et 20 centigrammes acide phénique.

Mode d'action et indications. — Comme le sirop iodo-phénique.

Doses. — De 5 à 10 cc. par jour en injections cutanées.

Anesthésie locale par l'antipyrine. — La solution à employer est la suivante :

Antipyrine	5 gr.
Eau	10 »

Ces injections étant douloureuses et irritantes, on a conseillé d'y ajouter du chlorhydrate de cocaïne, 10 à 20 milligrammes par injection.

Terrier et Pereire conseillent cette formule :

Poudre d'antipyrine	2 gr.	
Chlorhydrate de cocaïne	0 »	01
Eau filtrée bouillie	4 »	

chaque seringue contient 50 centigrammes d'antipyrine et 1 centigramme de cocaïne : 1 à 3 injections sous-cutanées.

(*Journal des praticiens.*)

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



BULLETIN

Sanatorium pour alcooliques. — Un exemple à suivre. — La lutte contre la peste. — La première conférence internationale de la tuberculose.

L'alcool ne fait pas que chez le peuple de sérieux ravages. La classe favorisée de la fortune lui paie un très fort tribut. Et comme le mieux et le plus pressé à faire est de soustraire le buveur au milieu dans lequel il vit, où il ne peut rompre avec ses habitudes, la création d'un sanatorium spécial s'imposait. De nombreux médecins ont fait appel à la compétence incontestée et au dévouement bien connu de M. Legrain qui a fondé au parc Saint-Maur un établissement où pourront être désormais reçus les malades de la catégorie dont il est ci-dessus question.



A la reprise des séances de la Société de Biologie, le 18 octobre, le président a annoncé à ses collègues qu'une dame inconnue de lui et qui avait voulu conserver l'incognito venait de lui remettre deux enveloppes scellées, dont l'une, marquée d'un signe particulier devait être gardée intacte jusqu'au mois de juin 1903, tandis que l'autre devait être ouverte dès le début de la séance et devant les membres de la Société. L'opération faite, dix billets de 1.000 francs s'échappèrent de l'enveloppe, ainsi qu'une courte mention indiquant qu'ils étaient destinés à venir en aide aux ressources budgétaires un peu précaires de la Société en vue de la publication de ses Bulletins.

La seconde enveloppe a été mise en lieu sûr. Que contient-elle ? Ses dimensions sont plus grandes et ses cachets plus nombreux !!!



Des mesures sérieuses sont enfin prises en Égypte pour lutter efficacement contre la peste. C'est ainsi que, lorsqu'un médecin a cru reconnaître un cas de cette affection, les produits pathologiques (pus de bubons, crachats, etc.) sont envoyés par la poste, dans des tubes spéciaux, au laboratoire gouvernemental du Caire.

Ces produits sont examinés, puis inoculés à des rats emprisonnés dans des cages ingénieusement disposées, d'où ils ne peuvent s'échapper, et dans lesquelles les mouches, grâce à une fermeture hydraulique, ne peuvent pénétrer. Un diagnostic certain peut être rapidement établi, et aussitôt un médecin inspecteur, jouissant d'un pouvoir étendu, se rend sur les lieux avec une escouade de police, fait détruire la maison contaminée, brûler les mobiliers et surtout détruire les rats par des injections d'acide carbonique.

Pendant ces opérations, le malade est conduit dans l'hôpital des pestiférés, où l'isolement est rigoureusement appliqué.

A Port-Saïd et à Alexandrie, les navires empêchent les rats de pénétrer dans les cales par les câbles qui les rattachent aux quais (et qui, la nuit surtout, servent de grandes routes aux rongeurs), en plaçant sur les chaînes d'attache des cônes en fer-blanc dont la grande ouverture regarde la terre.

Afin d'empêcher la peste de se propager le long du canal de Suez, ainsi qu'à Suez ou à Port-Saïd, des lazarets viennent d'être édifiés dans la baie de Tor, au pied du mont Sinaï. Là, de vastes locaux, bien agencés, servent à hospitaliser pendant un certain nombre de jours, et à désinfecter d'une façon parfaite, les nombreux pèlerins musulmans qui reviennent de la Mecque, de Médine, de Djedda et d'autres villes sans cesse menacées par les épidémies pesteuses ou cholériques.

°°°

Au dire de quelques journaux, la conférence internationale de la tuberculose qui vient de se tenir à Berlin aurait eu un grand succès. Il est certain que les divers gouvernements ont mis un véritable empressement à s'y faire représenter, et que d'Angleterre, d'Espagne, d'Italie, de France, de Russie ont été délégués des médecins de noms connus, pour la plupart desquels la tuberculose était un sujet familier d'études. Eh bien, il est à noter que, contrairement à ce qu'on était en droit d'attendre, cette réunion de savants n'a pas fait faire un seul pas à nos connaissances au sujet de la tuberculose. Elle a tout au plus établi une sorte de mise au point de ce que nous savons sur cette maladie.

Comme l'a rappelé avec raison M. Fränkel, de la découverte du bacille de la tuberculose n'est pas résultée la possibilité d'assurer la prophylaxie de ce fléau. Et bien qu'en Allemagne le rôle du germe y prime celui du terrain, M. Baumgarten, en présence d'une part de l'insuffisance d'action des substances bactéricides introduites dans la circulation à dose thérapeutique, et de l'autre des cruelles déceptions survenues à la suite des injections de tuberculine, s'en tient au traitement hygiénique et diététique qui doit viser à fortifier l'organisme de façon à en faire un milieu impropre à la pullulation des bacilles tuberculeux.

L'unicité de la tuberculose a été remise sur le tapis par M. Köhler dans un rapport rédigé sur la question, à la demande du comité d'organisation de la conférence. Le directeur de l'Office sanitaire impérial n'a pas cessé de se tenir dans un juste milieu, présentant avec aussi peu de conviction les raisons pour que les raisons contre, et arrivant à conclure qu'à l'heure actuelle on n'est pas plus avancé qu'au moment où Koch a fait sa retentissante communication au congrès de Londres. Ce sont en effet les arguments déjà produits que, sollicité à répondre à ceux qui se sont déclarés nettement partisans de la doctrine uniciste, de MM. Nocard et Arloing en particulier, le directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin a de nouveau invoqués. Il

n'existerait pas, d'après lui, une seule observation dûment établie de contaminations par du lait provenant de vaches tuberculeuses. Alors même que sur trente hommes ingérant du lait tuberculeux, il y en aurait un qui deviendrait phtisique, M. Koch n'en persisterait pas moins à croire que la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme par le lait n'est pas prouvée puisque les vingt-neuf autres sujets seraient restés indemnes.

Discussion sans sanction et partant discussion stérile, plutôt regrettable en ce qu'elle jette le discrédit sur les moyens qui ont jusqu'à présent servi de base à la prophylaxie. Si, après cela, on s'obstine à dire que la conférence de Berlin a été réussie, c'est qu'au point de vue des résultats on n'est pas difficile.

CHRONIQUE

La Thérapeutique d'autrefois.

LES SPÉCIALISTES POUR « AVARIÉS » AUX XVII[e] ET XVIII[e] SIÈCLES,

par le D[r] CABANÈS.

Les origines de la réclame sont liées aux origines même du journalisme ; c'est dire que les premières tentatives en furent faites à l'aurore de ce grand siècle que les historiens ont exalté, bien qu'il ait eu ses tares aussi bien que ses grandeurs.

Quand Théophraste RENAUDOT, ce philanthrope doublé d'un homme d'affaires, se mit en instance auprès de la reine-mère pour obtenir le privilège de sa *Gazette*, il sollicita en même temps l'autorisation de fonder des sortes de *Bureaux d'adresse*, où l'on pourrait aisément se procurer les objets de toute nature qu'il annonçait. Or, parmi ces objets, il n'avait eu garde d'oublier toute une série de remèdes, qu'il avait eu soin, rendons-lui cette justice, de choisir parmi les plus efficaces, et pour lesquels il s'engageait à donner un supplément d'information à quiconque voudrait bien prendre la peine de venir se renseigner à ses *Bureaux*.

En même temps que Renaudot cherchait à écouler ses produits, par le moyen de publicité aussi ingénieux que neuf qu'il venait d'imaginer, un autre, non moins habile, mais

beaucoup plus charlatan, Nicolas DE BLÉGNY, avait l'idée de composer une sorte d'*Almanach*, qu'il avait baptisé *le Livre commmode des adresses*, où étaient détaillées par le menu toutes sortes de drogues et de médications empiriques, dont il s'était, sans autre façon, assuré le monopole de vente.

Mais où le médecin RENAUDOT mettait encore des formes, l'apothicaire DE BLÉGNY ne gardait aucune mesure. Avec l'hypocrisie en moins, le négoce de l'un n'était guère plus repréhensible que l'industrie de l'autre; mais on est disposé à plus d'indulgence envers Renaudot, en faveur des multiples services que devait rendre sa nouvelle invention.

Et puis, il faut bien le dire, ce n'est qu'incidemment que Renaudot donne l'hospitalité, dans sa *Gazette*, à quelque réclame de mauvais aloi; encore est-il le plus souvent, comme nous l'avons expliqué plus haut, de bonne foi. Tandis que de Blégny est un adroit compère, qui s'entend comme personne à vanter sa propre marchandise et à la débiter aux crédules qui se laissent prendre aux appeaux de ses boniments.

Cet aventurier sans scrupules a eu tous les bonheurs : non seulement il a réussi à occuper ses contemporains de son encombrante personnalité; mais encore il a trouvé, longtemps après avoir disparu, de complaisants biographes pour préserver sa mémoire de l'oubli où sombrent d'ordinaire les plus éclatantes renommées.

C'était pourtant un de ces empiriques vulgaires qui viennent on ne sait d'où et s'en retournent au néant qui les a vus naître. Était-il chirurgien? Était-il apothicaire? S'appelait-il de Blégny? Naquit-il à Paris ou vit-il le jour sur les bords du Rhône? On n'a là-dessus que des conjectures, bien qu'il ait pris le soin de nous instruire, en maintes circonstances,

des moindres particularités de son existence troublée (1).

Il se donnait tous les titres qui lui paraissaient propres à capter la confiance du public et ne s'embarrassait pas de ses droits. L'essentiel était qu'il mît en pratique la maxime connue : *Vulgus vult decipi : decipiatur*. Et si le moyen employé était immoral, au moins le succès justifiait-il ses entreprises.

Une des premières maladies auxquelles Blégny s'attaqua est, on le devine, une de celles qui étaient le plus répandues à cette époque autant qu'à la nôtre, l'*avarie*, comme l'a nommée, par un agréable euphémisme, un dramaturge de notre connaissance : Blégny l'appelait, lui, la « grosse maladie ». Il la guérissait, disait-il, sans régime et sans retraite, par le seul moyen du mercure d'or (2).

Des charlatans parisiens, exploitant l'appréhension qu'on avait, en ce temps-là, de la « retraite » imposée aux blessés de Vénus, guérissaient, à les entendre, « la plus antique, la plus opiniâtre et la plus abandonnée vérolle avec des remèdes bénins, familiers et d'un prix modique ». Ils promettaient — déjà ! — de guérir la maladie vénérienne la plus invétérée, en quatre, cinq ou six semaines, sans crainte de la récidive.

Plus prudent, Blégny ne fixait pas de délai ; il n'était pas de la sorte exposé aux déceptions. Mais il voyait d'un mauvais œil tous ces « affronteurs » — ainsi désignait-il les guérisseurs — qui osaient lui faire concurrence et les accablait de ses épigrammes. Le portrait qu'il trace de l'un d'eux mérite d'être recueilli :

---

(1) Voir l'article que nous lui avons consacré dans la *Chronique médicale* (1902).

(2) Abraham de Pradel, *Le Livre Commode des Adresses de Paris*, édit. Fournier, t. I.

« Ce nouveau docteur, écrit-il (1), qui avoit fait afficher l'année dernière, en 1676, en placarts jaunes, avoit bien prevû qu'il falloit promettre quelque chose de surprenant pour s'attirer des dupes; il assuroit qu'il guérissoit en cinq heures les chaudepisses et gonorrhées vénériennes et cela sans retour et sans suittes fâcheuses. Mais il avoit aussi, comme les autres, un moyen pour se tirer d'embarras; il vouloit qu'elles fussent nouvelles et que personne n'y eust encore fait de remèdes et quand, après avoir escroqué quelque argent et donné son bolus, les malades se plaignoient de la continuation de leurs maux, il soutenoit à tort et à travers qu'avant luy on y avoit travaillé, ou que la matière y avoit esté reçeue plusieurs jours auparavant. »

Le charlatan visé par Blégny n'était pas le seul à recourir à ces pratiques. D'autres allaient même plus loin et ne craignaient point, par exemple, de s'entendre avec un apothicaire de leur connaissance, pour vider plus à l'aise et mettre plus à sec la bourse de leurs clients communs.

Ils criaient bien haut qu'ils donnaient leurs soins gratuitement, et, en effet, ils ne recevaient de l'argent de personne; à peine les riches leur payaient-ils une modeste redevance. Mais ils faisaient entendre à leurs malades « qu'en sacrifiant pour eux leur temps, leurs soins et leurs peines, ils ne doivent pas au moins leur donner les drogues qui doivent entrer dans les compositions qui leur sont nécessaires » ; et ils les adressaient « chez un droguiste affidé, qui ne manquoit pas de leur vendre trois escus la livre de chiendent et une demy-pistole celle de l'autre plante, qu'ils leur font passer pour esquine et salsepareille » ; ils faisaient

(1) Cf. Le Maguet, *Le monde médical parisien sous le grand Roi.*

ensuite « tenir l'argent reçu à ces fourbes, en retirant d'eux les drogues vendues et la rétribution de laquelle ils estoient convenus pour le droit d'aides et de complices ».

D'autres étaient plus avisés encore, si possible, et ici le moyen employé dépasse toute imagination. Leurs femmes (c'est toujours de Blégny qui nous renseigne), — et ce témoignage nous est bien, il faut l'avouer, quelque peu suspect leurs femmes avaient le soin « de procurer la vérolle aux jeunes gens par des intrigues scandaleuses et on m'a mesme dit qu'un de ceux qui font ici le plus de bruit, faisoit distribuer des billets pour la guérison des maladies vénériennes à une revue générale que le roy fit, il y a quelques années, dans la plaine d'Ouille, tandis que sa femme semait par tout le camp ces pernicieuses maladies, par le moyen de sept ou huit filles publiques et gastées qu'elle y avoit amenées exprès (1) ».

Nous ne savons jusqu'à quel point la téméraire affirmation de Blégny est fondée. En tout cas, nous en retiendrons que, déjà à cette date, il existait des spécialistes pour « avariés » ; que, dès cette époque, on traitait « les malades des deux sexes » par des spécifiques dont on vantait l'efficacité, tout comme aujourd'hui la prônent, dans nos édicules, des « confrères » que n'entravent pas les préjugés.

*
* *

Dès le XVIIe siècle, les charlatans avaient deviné la part qu'ils pouvaient tirer de cette mine dont la veine n'est pas à cette heure épuisée. Le médecin anglais LISTER, qui vint

---

(1) *L'Art de guérir les maladies vénériennes, expliqué par les principes de la nature et de la mécanique*, par N. DE BLÉGNY. In-12 (1677).

en France vers 1698, ne manque pas de le consigner sur ses tablettes :

« Tout le monde ici s'en mêle, écrit-il, et dit avoir son spécifique pour ces maladies : apothicaires, barbiers, femmes, moines. Je m'amusois à lire sur les murs en tous lieux de la ville, mais surtout dans le faubourg Saint-Germain, les affiches de ces charlatans imprimées en lettres grosses comme la main :

DE PAR LE ROY

Remède infaillible et commode pour la guérison des maladies secrètes, sans garder la chambre.

« Une autre :

PAR PERMISSION DU ROY

Manière très aisée et très sûre pour guérir sans incommodité et sans que personne s'en aperçoive les maladies vénériennes, etc.

« Une autre :

PAR PRIVILÈGE DU ROY

L'antivénérien du médecin indien pour toutes les maladies vénériennes telles qu'elles puissent être, sans aucun retour et sans garder la chambre. Il est très commode et le plus agréable du monde (1). »

Les spécifiques antivénériens étaient, du reste, connus dès le XVIe siècle (2). On savait même que le copahu, entre autres, après avoir passé pour une panacée à tous les maux (3), était le remède assuré de la gonorrhée.

---

(1) LISTER, *Voyage à Paris*, 1698 (édit. de la *Soc. des Bibliophiles*, 1873, p. 210 et suiv.).

(2) V. *les Contes d'Eutrapel*, édit. de 1732, t. II, p. 132, cité par EDOUARD FOURNIER, *le Vieux-Neuf*. t. II.

(3) « L'huile de copahu est un baume admirable quand elle n'est pas falsifiée, lisons-nous dans le *Fureteriana*. On en trouve peu de bonne à

Les guérisseurs, dont le nom s'étale dans nos modernes vespasiennes, n'ont décidément rien inventé.

II

On pourrait dire de certains médicaments ce que l'on a dit de certaines découvertes : qu'ils ne réussissent jamais si bien que quand ils viennent en leur temps. Ainsi ne sera-t-on pas surpris que les préparations antisyphilitiques aient joui de leur plus grande vogue précisément sous le règne du roi paillard entre tous, le bien-aimé Louis XV. Jamais ne se vit, plus qu'à cette époque, surgir des remèdes précieux, héroïques contre « le mal français ».

On voit afficher à tous les coins de rue, lisons-nous dans le *Mercure de France* : « Traitement populaire du mal vénérien pour les adultes, pour les enfants, administré gratuitement dans Paris par ordre du gouvernement. »

Ici on vend les *bains antivénériens* de Baumé, qui ne sont

Paris; son odeur approche de celle du cidre. J'en ai deux petites bouteilles que je conserve très précieusement, depuis que j'en ai fait des expériences presque incroyables. Il est ordinaire que cette huile guérit des plaies en moins de vingt-quatre heures, quand on y en met d'abord sans autre appareil. C'est ce que j'ai expérimenté sur plusieurs soldats blessés. C'est aussi ce qui a fait passer pour sorciers quelques fraters et quelques soldats qui en avaient et qui s'en sont servis dans les armées.

« J'ai éprouvé sur moi-même qu'elle est admirable pour les excoriations, pour les contusions. Une personne se coupa le doigt il y a quelque temps jusqu'à l'os et négligea sa blessure; de manière que, me trouvant chez lui lorsqu'il y regardoit, je vis qu'elle étoit en très mauvais état, et que les suites en étoient fort à craindre. Je me hasardai de lui vouloir guérir son mal avec mon huile. Il avoit le doigt et la main enflés, la plaie ouverte, les chairs noirâtres; j'y mis de l'huile avec un peu d'onguent vert pour ne pas la laisser refermer tout d'un coup en l'état qu'elle étoit; en moins de quatre jours son doigt fut guéri et les chairs revenues. » *Vieux-Neuf*, loc. cit.

autre chose qu'une solution de sublimé ; là, on débite le chocolat anti-vénérien (1) ; un peu plus loin, le remède anti-vénérien *végétal* du sieur Agirony (2).

C'est d'ailleurs dans le même temps qu'un grand seigneur, le duc de Bouillon, obtenait un privilège pour les sachets destinés à détruire la vermine (*pediculi pubis* et autres parasites) : *sachets sans mercure*, était-il dit dans le brevet (3).

---

(1) Ce chocolat était en vente chez un apothicaire du nom de Martin. « Martin, apothicaire de Monseigneur le comte d'Artois, rue Croix-des-« Petits-Champs, vis-à-vis celle du Bouloi, vend des pharmacies portatives « garnies en or, argent, meublées en crystaux, porcelaines, etc. Il vend « aussi toutes sortes de chocolat : le chocolat de santé, le chocolat purga-« tif ; on se purge *agréablement* en en prenant une tablette, et le *chocolat* « *antivénérien*, qu'il tient de l'agrément de M. Le Fébure, baron de S. H., « docteur en médecine et de plusieurs académies !...

« M. Le Fébure était déjà *avantageusement connu dans la république* « *des lettres et jouissait d'une réputation très méritée* pour la guérison « des maladies vénériennes ; mais qui pourrait aujourd'hui *balancer à se* « *confier* à ce docteur *qui possède*, comme nous le voyons par son ouvrage « immense, la pratique de tous les auteurs qui *se sont mêlés* de traiter cette « affection et qui nous les a rédigés avec tant d'art que nous pouvons dire « que nous possédons le traité des traités sur cette matière, puisqu'il a ras-« semblé ce que chacun a dit de meilleur. Ce livre est par conséquent « indispensable pour ceux qui guérissent et qui sont dans le cas d'être « guéris de ces maladies et utile enfin aux médecins de tous les ordres. » Cf. J. Goulin, *Mémoires littéraires et critiques pour servir à l'histoire de la médecine*, 1775, p. 255.

(2) Dans l'*Etat de médecine* pour 1776 (p. 214 et suiv.) nous relevons cette annonce :

Secrets autorisés par lettres
patentes et privilèges du Roi

Agirony, botaniste, rue du Four-Saint-Honoré.

Vend son remède antivénérien végétal, et son baume sudorifique pour les fluxions de la tête, par Lettres patentes du 21 juin 1769, enregistrées au Parlement, le 9 juillet 1770, pour quinze années consécutives. Il donne un petit livre avec ce titre : *Des bons effets du remède végétal*, in-12, 41 p., sans l'année.

(3) Locke, *Voyage à Paris.*

*
* *

Pendant tout le XVIIIe siècle, les charlatans pourront se donner libre carrière; jamais temps ne fut plus propice à eurs exploits.

Deux d'entre eux surtout méritent plus qu'une brève mention, car leur nom se trouve lié à l'histoire même de la société galante de cette époque.

L'un est le sieur KEYSER, dont Louis XV avait acheté le secret, pour en faire profiter ses sujets (1).

« C'était, dit un mémorialiste (2), un empirique fameux par ses dragées antivénériennes. M. le maréchal de Biron (3) l'avait mis fort en vogue par l'expérience qu'il avait

---

(1) En 1786, le maréchal de Ségur avertit qu'on trouvera, à l'avenir et par ordre du Roi, « des dragées antivénériennes du sieur Keyser, chez le sieur Yvrié, chargé d'en faire la distribution ».

Une autre fois, le Roi ordonne que la composition du remède de M. l'abbé Quiret « pour guérir la *galle* » et la manière de l'administrer sera imprimée et envoyée au prieur de la Charité de Grenoble ».

Enfin, en 1788, c'est M. le comte de Brienne lui-même qui avertit M. de la Bove, « que le sieur MITTIÉ, docteur-régent de la Faculté de Paris, a découvert un remède antivénérien, uniquement composé de végétaux, et dont il a déjà fait l'expérience par ordre du gouverneur, en 1782, dans le dépôt de mendicité de Saint-Denis. Sa Majesté a ordonné qu'il fût fait une nouvelle épreuve du remède dans l'hôpital militaire de Grenoble sur les soldats vénériens de cette place ». Le Père Elisée était alors le chirurgien-major de l'hôpital de Grenoble. (Cf. *la Médecine à Grenoble*, par le Dr BORNIER, p. 146.)

(2) *Mémoires secrets de Bachaumont*, t. III (édit. Ravenel), p. 382.

(3) Le duc de Biron avait créé un hôpital spécial pour son régiment des gardes françaises : cet hôpital était situé rue des Bourguignons, au faubourg Saint-Marceau.

« Ce seigneur, voyant périr d'un mal funeste un grand nombre de soldats de son régiment, quoiqu'on les eût traités suivant la méthode des frictions mercurielles, a cru devoir, depuis cinq ans, les confier aux soins du sieur KEYSER, dont le spécifique antivénérien était dès lors fort accrédité. Les lumières, l'expérience et la probité du sieur Keyser paroissent avoir justifié la confiance dont M. le maréchal de Biron a bien voulu l'ho-

fait faire de son remède en faveur des soldats de son régiment, dont le grand nombre est souvent infecté des suites de libertinage et de la débauche.

« Il était devenu l'Esculape de cette troupe, et il y avait des hôpitaux établis dont il avait l'administration et où il exerçait ses cures. La Faculté de Médecine, toujours opposée aux curations qui ne s'exercent pas suivant ses principes, avait beaucoup de ses membres adversaires du sieur Keyser; en sorte que l'utilité de son remède n'était pas sans beaucoup de contradictions et devenait un problème très embarrassant pour ceux qui en auraient eu besoin, malgré l'avantage apparent qu'il présentait et les facilités à s'en servir, ainsi que le coût très médiocre dont il était. »

Keyser (1) avait donné ses soins à des clients de marque : nous n'en citerons qu'un seul, sur lequel nous possédons, par un heureux concours de circonstances (2), des informations précises.

Il s'appelait M. de Fontanieux et était intendant du garde-meuble de la Couronne; un gros personnage, comme on voit. Il avait pincé ce qu'on appelait alors une « galanterie », dans des conditions qui méritent d'être rapportées.

« Le baron Warseberg, malgré qu'il entretenait la

---

norer. Le sieur Keyser demeure près le Pont Rouge, rue et isle Saint-Louis. » Jèze, *Etat ou tableau de la Ville de Paris*, p. 8 (cité par Alf. Franklin, *les Médicaments*).

(1) Dans l'*État de médecine* pour 1776, nous relevons : « Veuve Keyser, *Isle S. Louis*.

Vend les dragées anti-vénériennes; on sait que M. Richard a publié la recette par ordre du Roi, dans le second volume de ses observations, M. Thion de la Chaume d'après lui et M. Le Fébure de Saint-Ildephont, dans sa biographie. »

(2) Grâce à l'opportune publication du livre de M. Capon, les *Petites Maisons galantes de Paris au* XVIII[e] *siècle*, tout plein de si amusantes indiscrétions (Paris, Daragon, éditeur, 10, rue Notre-Dame-de-Lorette).

Dlle Laforest, voyait encore les filles de la Varenne; il puisa dans le flanc de Mlle Dorville ce poison destructeur, qu'il procura à la Dlle Laforest, qui, de son côté, en fit présent à M. Saimson, mousquetaire, avec qui elle guerluchonnait, lequel par la même voie en fit cadeau à la Dlle Laforest, de la Comédie-Italienne, qui, sans façon, la voitura à M. de la Ferté, intendant des Menus-Plaisirs, qui de même, par inadvertance, en gratifia la Dlle Rozetti, qui de même la souffla à de Fontanieux, qui, moins généreux que les ci-devant nommés, a jugé à propos de lui faire couper la racine par le sieur Keyser, fameux pour ces sortes de maladies. »

* * *

Keyser avait un rival qui, lui aussi, était très appelé et avait peine à suffire à sa nombreuse clientèle : c'était le sieur Guilbert de Préval, médecin de la Faculté de Paris.

Celui-là prétendait avoir trouvé un préservatif infaillible contre le virus vénérien. Il se livra même, à ce sujet, à une expérience qui fit quelque bruit.

Un riche célibataire, M. de Saint-Laurent, qui possédait une de ces petites maisons galantes (1) comme les grands seigneurs de ce temps-là en avaient presque tous, avait prêté sa demeure au médecin de Préval pour ses essais.

Le 6 mai 1771, en présence du duc de Chartres et du prince de Condé, il s'était fait présenter une fille publique,

---

(1) M. de Saint-Laurent avait fait inscrire sur la porte de cette maison l'inscription italienne :

Son' piccola, ma garbata,
Je suis petite, mais jolie.

(*Les Petites Maisons galantes*, de Capon, p. 24.)

« la plus hideusement affectée du mal immonde »; et s'étant, « comme les anciens lutteurs, frotté de son huile miraculeuse, il s'était livré à plusieurs reprises aux actes les plus voluptueux et les plus lascifs que la passion puisse suggérer ».

De son côté, le lieutenant de police avait ordonné qu'on fît des essais avec le fameux préservatif, et le duc de Beaufort, fils du duc de Duras, l'avait expérimenté à son tour, mais sans succès.

Guilbert de Préval, un mois après sa première expérience, l'avait réitérée devant le chirurgien du comte de la Marche.

Cet Esculape lui avait choisi une fille « gangrenée de la peste vérolique jusque dans la moelle des os ». Guilbert de Préval se soumit pendant neuf jours à la visite du chirurgien en question, qui ne trouva rien et fit son rapport en conséquence.

Inquiète de ces expériences, la Faculté ordonna que Guilbert de Préval serait rayé du tableau, prétextant qu'une telle prostitution publique d'un de ses membres était déshonorante et infâme.

Dans le décret, rendu à cette occasion, figurait entre autres ce considérant :

« La Faculté, n'ayant jamais eu rien de plus à cœur que de maintenir la pureté des mœurs et la bonne réputation de ses membres, et d'écarter loin d'eux jusqu'au moindre soupçon d'infamie, s'est, dans tous les temps, occupée avec le plus grand soin à leur inspirer l'éloignement et l'horreur que méritent la conduite perverse et l'imposture des empiriques et des charlatans.

« Quelle vive douleur n'a-t-elle pas éprouvée, en apprenant que Mre Guilbert de Préval, l'un de ses membres,

avait oublié la dignité et la noblesse de son état au point de vendre un prétendu remède anti-vénérien, qu'il vantait avec autant de fausseté que d'impudence, comme préservatif; qu'il n'avait pas rougi de se prostituer publiquement, par une expérience infâme et monstrueuse, avec une fille de mauvaise vie, pour procurer à son remède plus de réputation et de crédit! »

Cet arrêt de la Faculté n'était qu'un des multiples incidents (1) de l'interminable procès dont nous allons rappeler en quelques lignes les épisodes principaux.

Guilbert de Préval l'avait d'abord emporté sur son redoutable adversaire, et il était intervenu deux arrêts provisoires dont il se prévalut.

Pendant quatre ans, néanmoins, la procédure suivit son cours. Enfin, le 2 mai 1776, le Parlement rendait un arrêt, rétablissant le docteur de Préval dans la jouissance et la perception de tous les droits utiles, des émoluments, sportules, jetons, dont il avait été privé depuis le 8 août 1772, jour du premier décret, qui le rétablit encore dans le droit de recevoir les thèses, d'y être placé suivant son rang de dispute et de recevoir également les annonces et affiches des cours (2).

Par le même arrêt, la Cour ordonnait qu'il serait tenu une troisième assemblée, suivant les traditions de la Faculté, dans laquelle il serait permis au sieur de Préval de se présenter pour se défendre contre les griefs qui lui étaient imputés.

Cette troisième assemblée fut tenue le 5 juin 1776. Les

(1) Cf. *le Catalogue des Factums et d'autres documents judiciaires*, par Corda, t. IV, p. 563 (1896).

(2) *L'Espion anglais*, t. VI. A Londres, 1783.

décisions précédentes y furent simplement et purement confirmées.

C'est alors que le docteur de Préval, recourant de nouveau à la protection des tribunaux, obtenait un second arrêt, plus ambigu que le premier et qui le rétablissait à nouveau dans ses droits.

En conséquence, il se présente à la Faculté le jour d'un acte public, en robe et dans ses fonctions de docteur-régent. Ayant pris paisiblement sa place, sans aucune protestation ou réclamation de la part de ses collègues, il s'enhardit et vint quelques jours après à une séance plus importante, celle où devait se régler l'élection d'un nouveau doyen.

L'assemblée était composée de 71 docteurs. De Préval put se glisser subrepticement au milieu de ses confrères sans être tout d'abord remarqué.

Mais on ne tarda pas à l'apercevoir et sa présence causa un sentiment mêlé d'étonnement et d'indignation. Presque tous les docteurs se levèrent de leur siège et le doyen lut alors à haute voix le décret, aux termes duquel la Faculté persistait dans l'exclusion qu'elle avait prononcée ..

A peine le doyen a-t-il achevé sa lecture que Guilbert proteste avec véhémence, prend à partie chacun de ses collègues, les somme de déclarer s'ils veulent désobéir aux ordres de la Cour. A cette interpellation, le mécontentement éclate de toutes parts et plusieurs voix demandent qu'on appelle les appariteurs pour chasser le factieux.

De Préval ne se tint pas pour battu. Il en appela au Parlement, qui donna tort à la Faculté. En manière de représailles, les membres du docte corps ne parlaient de rien moins que de suspendre tous les services médicaux publics. Mais cette motion ne prévalut pas, et la Faculté se contenta

de consigner dans ses archives le décret dont nous avons fait connaître plus haut la teneur.

Dans un *Précis*, qui n'est qu'une sorte de commentaire du décret en question, la Faculté exposait ainsi les motifs de sa décision :

« Ce n'est point pour avoir découvert un remède soit préservatif, soit curatif, que la Faculté a rayé le sieur de Préval, c'est parce qu'il a osé s'annoncer comme inventeur et distributeur d'un remède secret, ayant la propriété de préserver de gagner aucun mal vénérien ; secret chimérique et dès lors funeste.

« C'est pour avoir, dans la vue d'accréditer la vente de ce prétendu spécifique, osé faire sur sa personne des essais publics, dont l'homme le plus dissolu ne pourrait soutenir, l'on ne dit pas le spectacle, mais le récit.

« C'est pour avoir, par cette expérience infâme, offert avec l'impunité un appât pour le vice, avoir anéanti les mœurs autant qu'il était en lui et ouvert la porte au libertinage.

« C'est enfin pour avoir déshonoré le titre et la profession du médecin, en se prostituant, pour accréditer un secret qu'il vendait, comme médecin... Tels sont les motifs qui ont excité la sévérité de la Faculté de Médecine. »

Ces décisions avaient été prises à la presque unanimité des membres ; 6 d'entre eux seulement, sur 150, s'étaient déclarés en faveur du rebelle.

En dépit de cette opposition, Guilbert de Préval avait pour lui l'opinion et les grands. Un souverain de l'Europe, instruit des propriétés de son remède, l'avait fait expérimenter par son premier médecin et par ses médecins et chirurgiens ordinaires. Il avait fait séquestrer et traiter les

sujets atteints avec le remède de Préval, et le procès-verbal constate qu'après le traitement, les malades avaient « le teint brillant » et « une santé parfaite ». Un an, plus tard, la guérison s'était maintenue.

Des expériences furent faites également dans les hôpitaux (1); on prit, notamment à Bicêtre, des malades des

---

(1) Et nous pouvons ajouter : dans les maisons de tolérance, à preuve ce curieux passage de l'*Espion anglais* ou *Correspondance entre deux milords* (t. I, p. 292 et suiv.) :

« Ces jours derniers je dinai chez une femme avec le Président de la Tournelle; il fut question de la maison de Mme Gourdan et l'on fit la partie entre hommes d'y aller avec lui. Je trouvai ce lieu digne de vous être décrit en certaines parties, en raison des recherches et des ressources de libertinage qu'on y trouve.

« Je ne vous parle point du *sérail*, le mot seul caractérise cette salle d'assemblée commune à toutes les maisons de cette espèce...

« Je passe à la piscine. C'est un cabinet de bain où l'on introduit les filles que l'on recrute sans cesse pour la Gourdan dans les provinces, dans les campagnes et chez le peuple de Paris.

« Avant de produire un pareil sujet à un amateur, qui reculerait d'effroi s'il le voyait sortant de son village ou de son taudis, en le décrasse en ce lieu. On lui adoucit la peau, on la blanchit, on la parfume; en un mot, on y maquignonne un cendrillon comme on prépare un superbe cheval.

« On nous ouvrit ensuite une armoire où étaient les différentes essences, liqueurs et eaux à l'usage des demoiselles. On nous fit remarquer l'*eau de pucelle* : c'est un fort astringent avec lequel la dame Gourdan répare les beautés les plus délabrées et rend ce qu'en ne peut perdre qu'une fois. A côté était l'*essence à l'usage des monstres;* c'en est une dont on fait rarement emploi; cependant, on nous dit que cette savante apparcilleuse en faisait quelquefois l'application sur de petites novices dont elle hâtait ainsi la maturité en faveur des personnages du plus haut rang dont l'appétit avait besoin d'être excité par la fraîcheur, l'élasticité, l'ingénuité de l'enfance, mais chez qui la vigueur ne répondait pas aux désirs.

« En revanche, nous ajouta-t-on, voici une liqueur dont il se fait ici une grande consommation. On nous montra en même temps une multitude de flacons du spécifique du docteur Guilbert de Préval. Il prétend qu'il est à la fois indicatif, curatif et présorvatif du mal... de Vénus. On nous assura que la dame Gourdan, très intelligente, s'en servait dans le premier cas; que par des injections qu'elle faisait à une... aspirante qui se présentait chez elle, elle jugeait bientôt si elle n'était point saine, à des convulsions involontaires que la nymphe éprouvait sur-le-champ; que d'autres fois, par une expérience plus sûre encore, elle en donnait en boisson, et

deux sexes : six hommes et quatre femmes. Les hommes furent transportés à l'hôpital de Biron ; les femmes, chez une garde-malade de la rue de Beaune, la femme Marchais.

Le 18 juin 1772 commença cette expérience mémorable, qui fut suivie par des magistrats et des médecins avec tout le soin désirable. Les médecins refusèrent de signer le procès-verbal de guérison, mais les magistrats avaient pu constater les heureux résultats du remède (1); c'est tout ce que demandait Préval.

Ce succès ne fut que passager, la Faculté devait finir par triompher quand même.

Guilbert de Préval avait osé présenter une requête à « MM. de la Grand'Chambre », dans laquelle il ne craignait pas de demander à son puissant adversaire de gros dommages-intérêts. L'avocat général avait rendu des conclusions qui n'étaient pas défavorables au plaignant. Néanmoins, après une heure et demie de délibération, les

---

que, dans les vingt-quatre heures, les symptômes les plus caractérisés se développaient sur une beauté fraîche, paraissant jouir de la meilleure santé ; que dans le troisième cas, enfin, elle n'avait pas d'autre recette, celle-ci étant la plus commode, la plus courte et la moins dispendieuse; qu'au moyen de cette utilité variée, elle faisait grand cas de l'inventeur du spécifique et avait avec lui une intimité très étroite... »

(1) Il semble manifeste que la drogue du sieur de Préval devait être à la fois curative et prophylactique.

En quoi consistait le préservatif? Nous ne saurions le dire au juste. Mais si nous ignorons sa composition, nous sommes mieux fixés sur la façon dont on s'en servait. Dans une instruction sur la manière dont on doit faire usage de cette eau pour se préserver du mal vénérien, il est dit :

« Quiconque voudra se servir de cette eau prenne un gobelet ou autre vase, fait non d'aucun métal, mais de terre ou de verre; qu'il y plonge la partie qu'il voudra rendre invulnérable au virus vénérien ; qu'il l'en abreuve avec soin et à plusieurs reprises, lorsqu'il se sera exposé au commerce d'une femme suspecte ou même décidément gâtée. Quant aux femmes, qu'elles s'en fassent des injections *fréquentes* et profondes. » *Espion anglais*, t. VI, p. 216 (n.).

magistrats prononçaient une sentence toute en faveur de la Faculté. Celle-ci obtenait gain de cause sur tous les points; les décrets d'expulsion étaient confirmés et le sieur de Préval condamné à tous les dépens (1).

Guilbert de Préval devait laisser des imitateurs. Avec lui ne pouvait disparaître une maladie qui exerce encore à l'heure actuelle ses ravages.

*
* *

Un des chroniqueurs de la vie parisienne à la veille de la Révolution, Sébastien MERCIER, qui écrivait en 1782 (2), nous apprend que, plus que jamais à ce moment, s'exerce « l'empire du charlatanisme » et que celui-ci a surtout pour base « la maladie vénérienne ».

« Partout, écrit-il, des annonces séduisantes remplissent nos mains, on n'entend parler que de spécifiques décorés de belles épithètes.

« On ne parle point de l'application du mercure; on vous le fait avaler sous les jolis noms de dragées, sirop, élixir, tablettes, chocolat. Bientôt nous aurons la brioche antivénérienne : que de dupes et de victimes!

« Ainsi, malgré l'observation journalière, qui constate que tous ces prétendus spécifiques tombent bientôt dans l'oubli et le mépris, on s'en sert. On vous offre publiquement une méthode, *douce*, *aimable*, *sûre*, qui guérit d'une manière prompte, paisible et radicale; et l'imprudente jeunesse s'accoutume à croire que le danger est moins sûr que le remède. »

---

(1) *Espion anglais*, loc. cit., p. 252-253.
(2) *Tableau de Paris*, t. II, ch. *Annonces des spécifiques*.

Ces lignes sont toujours d'une inquiétante actualité.

Peut-on espérer que les Ligues de défense sociale, récemment créées, arriveront à les faire oublier? Qui pourrait se flatter d'extirper un mal dont les racines sont si lointaines et si profondes?

Ce sont les mœurs qu'il faudrait réformer et c'est une besogne qui, nous le savons tous, n'est pas l'œuvre d'un homme ni d'un jour.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1902 (1)

(*Suite.*)

III. — *Résumé et conclusions,*

par M. le Dr Leredde, rapporteur.

Comme l'a remarqué M. Lafay, le rapport que j'ai présenté à la Société de thérapeutique sur les injections mercurielles, était destiné à classer les questions qu'elles soulèvent, et à permettre ainsi aux médecins de se faire une opinion précise sur le sujet. J'ai le regret de voir que ces questions n'ont pas été traitées

(1) Voir le numéro 17 du 8 novembre 1902.

isolément, et demain comme hier, les praticiens n'auront, sur les injections, d'autres règles que celles adoptées par tel auteur ou tel autre, dont l'autorité fera foi pour celui-ci ou pour celui-là, et que, comme autrefois, un regrettable désordre d'opinions régnera parmi tous.

J'avais systématiquement évité de donner mon opinion personnelle sur la plupart des points que je désirais voir discuter. Depuis mon rapport, j'ai pris position, en dehors de cette Société, dans un article publié le 23 avril 1902, par la *Semaine médicale* (1) et qui a fait quelque bruit; d'autre part, j'ai engagé une campagne sur les accidents parasyphilitiques que je considère comme étant de nature syphilitique et curables par le traitement hydrargyrique; M. Danlos ayant fait allusion aux opinions que j'ai émises, je suis amené à verser de nouvelles pièces au débat pour pouvoir lui répondre.

Je laisse naturellement à M. Pouchet le soin de répondre aux assertions de M. Danlos qui le concernent, s'il le juge à propos.

Dans mon travail de la *Semaine médicale* j'avais, entre autres opinions, développé celle-ci : qu'il est nécessaire de tenir compte des doses de mercure introduites dans l'organisme, et qu'on peut élever considérablement les doses usuelles. Je disais qu'on ne peut parler d'injections solubles ou insolubles en général, sans indiquer la teneur en mercure du sel qui est injecté. Si quelque exemple peut montrer combien il était important de réagir contre une manière absolument mauvaise de traiter la question, c'est bien la note de M. Danlos, où notre collègue parle presque toujours d'injections solubles, insolubles, et arrive à conclusion, sans donner aucun détail sur les doses qu'il a employées!

A mon avis, la quantité de mercure introduite dans l'organisme dans l'unité de temps est la seule question essentielle de la cure hydrargyrique (je parle seulement de l'efficacité thérapeutique, je

(1) LEREDDE. Les progrès à réaliser dans le traitement des accidents graves de la syphilis. (*Semaine médicale*, 23 avril 1902.)

laisse de côté la question des avantages de tel sel ou tel autre, au point de vue de la facilité d'injection, de l'absence de douleurs, etc.).

M. Danlos juge mes opinions d'une manière que je trouve un peu catégorique, en parlant « d'affirmations gratuites et absolument invraisemblables ».

Heureusement pour moi, l'énergie des termes ne suffit pas à dissimuler la faiblesse des arguments ! et je ne m'occuperai que de ceux-ci. M. Danlos oublie que les plus graves erreurs médicales sont dues toujours à des inductions exagérées. Les preuves qu'il fournit reposent sur des comparaisons ; M. Danlos les prend à tort pour des raisons. Pour ma part, si j'ai une opinion sur le rôle et la quantité de mercure dans l'efficacité des sels mercuriels, je me garderai bien d'établir aucune doctrine et de parler des arsénites ou des arséniates, ni du ferrocyanure de potassium.

Quelle que soit l'opinion admise sur la manière dont se transforment les composés mercuriels introduits dans l'organisme, il est certain que tous sont transformés. Le sont-ils tous en totalité? Je le croirais volontiers pour tous ceux qui sont employés couramment. La nature du sel peut avoir quelque importance en ce sens, que sa transformation est plus ou moins rapide, mais si l'on fait des injections quotidiennes de sels solubles, quel que soit le sel employé, la teneur en mercure de l'organisme est la même à un moment donné si sous une forme ou sous une autre on a injecté une quantité de métal égale. L'élimination doit, en effet, se faire de même dans tous les cas, si l'on admet avec tous les auteurs que tous les composés introduits aboutissent à une combinaison organique unique.

Tous les sels de mercure connus agissent comme antisyphilitiques ; si nous étudions les doses auxquelles on peut injecter les sels solubles, nous voyons que les sels forts, cyanure et sublimé, peuvent être injectés seulement à doses plus faibles de moitié que les sels faibles : benzoate, biiodure, hermophényl.

Je me trompe peut-être en raisonnant ainsi, mais il est certain que M. Danlos ne peut traiter comme il le fait mes opinions

d'absolument invraisemblables! Pour me convaincre d'erreur, il faudra autre chose que des mots (1).

J'arrive maintenant à la discussion des points de détail.

Les conclusions de M. Danlos sont souvent très nettes; il me semble que leurs points de départ sont toujours incertains. Ainsi le phénylo-acétate lui *paraît* d'une toxicité moindre et *probablement* d'une moindre activité que les préparations ordinaires (?).

---

(1) Je tiens à fournir à M. Danlos deux objections réelles qui peuvent être faites à ma théorie et lui permettraient de discuter sur une base positive :

1° Le cyanure de mercure ne paraît pas pouvoir être employé en injections d'une manière normale à des doses supérieures à 0 gr. 03, ni même à cette dose sans produire d'accidents généraux. Or on peut employer d'une manière normale l'hermophényl, le biiodure et le benzoate à la dose de 0 gr. 06, et souvent à doses supérieures, quoiqu'ils contiennent 40 à 45 p. 100 de mercure et le cyanure 79 p. 100. Je ne suis pas en mesure de dire si l'acide cyanhydrique joue un rôle dans les phénomènes toxiques.

2° Pour expliquer l'action si remarquable du calomel sur les accidents rebelles, à la dose de 0 gr. 10, j'ai admis une résorption rapide du mercure qu'il contient. Des faits multiples rapportés par M. Jullien, dans sa communication du 25 juin, appuient ma manière de voir. Il est certain qu'on peut dépasser cette dose de 0 gr. 10 par semaine. En rapprochant, par exemple les injections comme j'ai proposé de le faire, j'ai pu injecter jusqu'à 0 gr. 10 tous les cinq jours, soit plus de 0 gr. 015 de Hg par jour, et je ne sais si on ne pourrait aller plus loin. Mais enfin on peut se demander si des malades auxquels on peut injecter, comme je l'ai fait, 0 gr. 12 d'hermophényl tous les jours, soit 0 gr. 048 d'Hg, pourraient supporter une injection biquotidienne de 0 gr. 10 de calomel, sans plus d'inconvénients.

La difficulté de juger exactement cette question est due en grande partie à la sensibilité variable des malades aux hautes doses de mercure. Depuis que l'on a commencé à élever celles-ci, surtout à la suite de mon travail de la *Semaine*, on a pu voir certains malades ne pas supporter sans accidents fébriles, même intenses, des doses de Hg de 0 gr. 015 par jour, alors que d'autres supportent 0 gr. 04 et même 0 gr. 05. La question du rôle du sel dans ces accidents n'est pas encore determinée par moi.

Il n'en reste pas moins que si la formule que j'ai donnée : la valeur thérapeutique d'un sel mercuriel est proportionnelle à la quantité de mercure introduite dans l'organisme dans l'unité de temps, n'est pas tout à fait exacte, elle se rapproche assez de la vérité, d'après les faits actuellement connus. Il suffirait d'écrire : est proportionnelle à peu de chose près... Je fais des réserves pour les sels mercuriels qu'on pourra découvrir plus tard.

Ainsi il *doute* de l'activité thérapeutique de l'hermophényl, et ici il fait intervenir une raison *théorique* : parce que le mercure y est dissimulé (1). Il aurait mieux valu étudier les faits et interroger quelques syphiligraphes qui ont employé ce sel, surtout à doses élevées; pour ma part, j'aurais pu déclarer que son activité thérapeutique à doses suffisantes est considérable.

M. Danlos me rappelle que le mercure y est dissimulé : j'en conclus simplement que la dissimulation du mercure n'a (au moins dans ce cas) aucune importance. Page 302, lignes 25-33, M. Danlos dit que les injections solubles (à quelles doses de sels et de mercure?) paraissent abréger de quelques jours la durée du

(1) Cette induction de M. Danlos doit avoir pour base ce fait que, dans les cacodylates, l'arsenic est dissimulé. De quel droit M. Danlos conclut-il des cacodylates aux sels organiques de mercure à métal dissimulé? Avec la même logique, M. Danlos pourrait conclure qu'on peut injecter chaque jour 60 à 80 centigrammes d'hermophényl, puisqu'on peut injecter 50 et 60 centigrammes de cacodylate de soude.

Dans un article sur la question des injections mercurielles, M. Desesquelle n'admet pas mon opinion sur l'importance exclusive de la quantité de mercure comprise dans les sels mercuriels, au point de vue thérapeutique. Il reconnaît que la richesse en Hg est le point essentiel, *fondamental* à considérer. C'est tout ce qui m'importe; j'espère avoir réagi contre une tendance absolument fâcheuse, aujourd'hui évidente, à oublier que tous les sels ne contiennent pas la même quantité de mercure et que l'on doit en tenir compte, avant tout. M. Desesquelle dit cependant : l'action thérapeutique n'est pas absolument proportionnelle à la richesse en Hg. Or, il compare à ce point de vue les effets de 0 gr. 02 de calomel à ceux de 0 gr. 02 de bichlorure. L'exemple n'est pas très bien choisi, parce que nous ne savons pas exactement comment le calomel est résorbé. Il est du reste probable que la résorption ne se fait pas de même chez tous les malades. Pour M. Desesquelle, tous les sels n'ont pas la même vitesse d'absorption ni la même vitesse d'élimination. Or, en ce qui concerne les sels solubles, on admet, je le répète, que tous aboutissent à une même forme organique; cette forme doit avoir une vitesse d'élimination constante. Qu'il y ait une grande différence dans la vitesse d'absorption de deux sels, comme le cyanure et le bichlorure, peu importe, s'ils arrivent tous au même état; les injections étant continuées pendant plusieurs jours, l'élimination se prolongeant pendant plusieurs jours et n'étant jamais complète dans l'espace de deux injections, la teneur en mercure de l'organisme devra être la même dans tous les cas, si la quantité de mercure introduite sous une forme ou une autre a été la même. (*Bulletin des Sciences pharmaceutiques*, n° 9, septembre 1902.)

traitement, pour les manifestations *facilement curables*, roséole et plaques, et non pour les manifestations habituellement tenaces.

Si quelque chose pouvait mettre en garde contre les affirmations émises à la légère et qui résultent d'impressions, lesquelles conduisent à des convictions, devenant inébranlables lorsqu'elles ont été imprimées, c'est bien une assertion de ce genre. La roséole facilement curable! je ne comprends pas une pareille formule! M. Danlos veut-il dire curable par le mercure, ou curable spontanément? Quelques syphilitiques n'ont pas de roséole; chez quelques-uns, elle dure deux ou trois jours; chez d'autres, deux mois, trois mois et plus. Il n'est pas prouvé que le traitement puisse l'abréger beaucoup : comment pourrions-nous donner cette preuve?

Pour savoir si, par une thérapeutique déterminée, nous pouvons modifier un symptôme tellement variable dans sa durée, et j'ajoute son intensité, il faudrait une observation prolongée, sur un grand nombre de malades, les uns traités par une méthode, les autres par une autre, d'autres non traités. Démontrer la résistance des accidents tenaces, lichen syphilitique, etc., aux injections solubles est aussi difficile, et, pour le faire, il faudrait d'abord dire à quelles doses sont faites les injections. Que des poussées de roséole puissent se produire au cours des injections, cela n'a rien de surprenant pour moi, qui admets la roséole comme un exanthème capricieux, irrégulier, et dont la régression est sans doute un phénomène naturel.

J'ai le plaisir d'être d'accord avec M. Danlos sur l'insuffisance d'action des injections solubles dans les accidents tertiaires graves; je crois bien en effet qu'il les a employées comme tout le monde le faisait autrefois, *à doses faibles,* ne dépassant pas un centigramme de mercure métallique par jour.

Je suis d'accord avec M. Danlos pour ne pas faire des injections solubles le traitement de choix des cas ordinaires, mais ici les injections insolubles, au moins l'huile grise, reprennent leurs droits. L'huile grise est tellement bien tolérée aux doses usuelles (0 gr. 06 à 0 gr. 08 de Hg par semaine), que je l'emploie comme

méthode régulière de traitement; je me sers maintenant de sublimé en solution ou de pilules de protoiodure à titre d'exception. Je n'ai pas encore d'expérience suffisante sur l'hermophényl en solution; peut-être ce sel permettra-t-il de réhabiliter le traitement par voie gastrique, auquel tendent à renoncer les syphiligraphes qui manient l'huile grise.

Le nécessité de bien diviser les indications des divers procédés de traitement mercuriel est mise en relief par cette remarque de M. Danlos : que les piqûres d'huile grise (à quelles doses?) sont d'une inactivité relative. Oui, dans les accidents rebelles, mais elles sont d'une activité évidente (à doses suffisantes) dans les accidents habituels. Quant aux accidents qu'elles provoquent, ils sont extrêmement rares quand on suit le technique nécessaire; pour ma part, je n'en ai jamais eu (sauf un cas de stomatite). Les dangers du calomel au point de vue embolie sont *nuls* quand on pique dans les régions classiques et *quand on a soin d'aspirer* avant l'injection *pour être sûr de ne pas être dans une veine*, ce que ne dit pas M. Danlos. Les douleurs obligent à en faire un procédé d'exception, indispensable selon moi dans les cas où il faut frapper fort et vite, à moins qu'on ne fasse des injections solubles *à doses fortes*.

La supériorité du calomel à la dose de 0 gr. 10 et même de 0 gr. 05 chaque semaine sur les injections de biiodure (aux doses de M. Panas) n'est pas douteuse et je suis peu surpris des faits rapportés par M. Danlos (p. 368), puisque les malades dont il rapporte l'histoire avaient reçu, sous forme de biiodure, 1 mgr. 7 de mercure par jour avant de recevoir en une semaine soit plus de 4 centigrammes, soit plus de 8 centigrammes si les injections de calomel étaient de 0 gr. 05 ou de 0 gr. 10.

Je ne puis discuter ici dans son ensemble la question de la parasyphilis. Pour moi, les accidents dits parasyphilitiques sont d'origine et de nature syphilitiques et curables, quand on les traite à une période précoce. J'admets que certains considèrent mes opinions comme prématurées, mais je ne puis admettre qu'on les considère actuellement comme fausses; il est du reste main-

tenant démontré que la doctrine des affections parasyphilitiques n'a aucune base scientifique, comme je l'ai montré en février 1902 à la Société de Dermatologie (1). Si M. Danlos considère le tabès comme incurable par le traitement antisyphilitique, il est en contradiction avec M. Fournier lui-même qui, en 1882, a affirmé l'action *curative* du mercure sur le tabès et n'a pas, en 1894 ni depuis, renié ses affirmations de 1882, ni encore expliqué pourquoi il leur avait substitué des affirmations contraires. Si je suis trop hardi en concluant dans un sens positif, comment qualifiera-t-on ceux qui, sans raison, sans preuve nouvelle, concluent d'ores et déjà dans un sens négatif et s'opposent ainsi à un progrès considérable devenu possible. M. Danlos explique le tabès, la paralysie générale par un déclanchement morbide (déclanchement qui se produit vingt, trente ans après l'infection). Ce déclanchement n'est qu'un mot et je ne comprends pas ce qu'il veut dire; j'espère que d'autres auteurs opposés à la théorie syphilitique du tabès et de la paralysie générale pourront m'expliquer leur mécanisme d'une façon plus précise.

Une nouvelle contradiction de M. Danlos, qui est du reste celle de beaucoup d'auteurs, doit être relevée en passant. Elle montre combien on se paie de mots sur la question de la « parasyphilis ». Pourquoi le tabès et d'autres affections parasyphilitiques ne sont-ils pas syphilitiques? C'est bien simple, dit-on de tous côtés : le syphilis ne fait pas d'affections systématiques (2)! Et on ajoute : du reste les cas de tabès et de paralysie générale guéris par le mercure sont des cas de pseudo-tabès et de pseudo-paralysie générale syphilitiques. Mais ce pseudo-tabès et cette pseudo-paralysie générale qui peuvent simuler le tabès et la paralysie

---

(1) LEREDDE. Sur les affections dites parasyphilitiques, *Soc. de Derm.*, février et avril 1902; *Congrès de médecine de Toulouse*, avril 1902. — Guérison d'un cas de tabès, *Soc. de Derm.*, mars 1902; *Soc. de médecine de Paris*, avril-juin 1902.

(2) Ceci est une pétition de principe. La syphilis ne fera pas d'affections systématiques tant qu'on n'aura pas démontré qu'elle ne peut en faire.

générale au point que tout le monde s'y méprend, ne seraient-ils donc pas des affections systématiques! J'aurais mauvaise grâce à insister.

M. Danlos déclare que le traitement mercuriel est *fréquemment* nuisible dans le tabès.

Je tiens à protester de la manière la plus énergique contre une telle *erreur*, et ici je demande la permission d'insister. M. Danlos se trompe, et je pense qu'il a écrit le mot fréquemment sans se rendre compte de sa portée.

La question de la curabilité du tabès et de la paralysie générale est aujourd'hui posée dans les termes les plus explicites. J'ai démontré que la doctrine des affections parasyphilitiques n'avait pas de base. J'ai montré que M. Fournier en 1882 avait déclaré le tabès d'origine et de nature syphilitique et curable par le traitement mercuriel et qu'en 1894 il avait déclaré que le tabès n'était pas de nature syphilitique et était incurable, que M. Fournier n'avait pas expliqué ces contradictions fondamentales et à l'heure actuelle il ne l'a pas encore fait.

Ceci dit, il me semble que tout médecin doit surseoir à un jugement et attendre. Ceux qui ne reconnaissent pas le tabès comme curable par le traitement mercuriel, oubliant les déclarations de M. Fournier en 1882, les faits rapportés par un grand nombre d'auteurs qu'il citait à cette époque et, depuis, par A. Robin, Dinkler, Bockhart, Leduc, Lemoine, Dulot, moi-même, doivent au moins considérer la question comme non résolue, et peut être certains ont-ils été frappés par le travail où j'ai démontré que le traitement mercuriel était mal fait dans les syphilis rebelles du système nerveux, que jamais ou presque jamais ces syphilis n'étaient soignées avec l'énergie que mettent les dermatologistes à soigner des syphilides rebelles de la peau, dans des cas où le traitement devrait être fait d'une manière encore plus énergique. *Je ne comprends pas* qu'un médecin informé puisse contribuer à créer un préjugé qu'il devrait juger pouvoir être désastreux. Nous avons cependant en parlant et en écrivant une certaine responsabilité!

Fréquemment nuisibles, dit M. Danlos! M. Danlos cite M. Christian, M. de Wecker, ce qui fait deux auteurs; les autres, ceux qui justifient sans doute le mot fréquemment, sont classés sous la rubrique *et cætera*! Impossible de discuter avec ces auteurs peut être nombreux, mais certainement inconnus.

Le résultat sera que les médecins, après avoir lu la note de M. Danlos, seront conduits à ne rien faire chez des tabétiques. Ils seront possédés de la peur d'agir alors qu'ils devraient craindre de ne pas agir, quand ils peuvent être réellement utiles à leurs malades. Certes il est facile de donner quelques pilules de nitrate d'argent et de laisser peu à peu le malade se pénétrer de l'idée que malgré des soins intelligents et dévoués sa maladie est incurable; peut-être un jour viendra-t-il où le médecin cherchera à faire mieux!

Je reviens aux auteurs cités par M. Danlos et dont il a donné le nom. Je crois que M. de Wecker a parlé des dangers du traitement mercuriel dans l'atrophie tabétique des nerfs optiques, niés par d'autres auteurs. Quant à M. Christiau, j'ai eu la chance de discuter avec lui la question à la Société de médecine de Paris (1), et voici comment s'établit une légende, qui se propage inconsciemment.

M. Christian à qui j'avais demandé de citer des faits précis à l'appui d'une opinion qui peut avoir des conséquences graves, M. Christian a dit ceci en propres termes :

« Il m'a *semblé* que les malades, — M. Christian ne parle que des paralytiques généraux, alors que M. Danlos lui attribue aussi la responsabilité des méfaits du traitement mercuriel chez les tabétiques! — qui avaient subi les traitements les plus rigoureux, m'arrivaient dans un état physique déplorable et disparaissaient rapidement. Et j'en conclus que le traitement absolument inutile peut en outre être dangereux et abréger la vie. Là-dessus,

---

(1) V. disc. de la Société de Médecine de Paris, in *Progrès médical*. 5 avril, 19 avril, 10 mai, 26 juin, 9 avril 1902.

M. Leredde me demande des faits précis. *Comment pourrais-je lui en fournir?...* Il m'a semblé que ceux (les paralytiques généraux) qui avaient passé par le traitement spécifique résistaient le moins. Mais je n'ai jamais donné cette opinion que comme une *impression* personnelle (1). »

On peut voir ce qu'est devenue l'*impression* de M. Christian sous la plume de M. Danlos. J'en suis donc toujours à attendre des faits pour croire aux dangers du traitement mercuriel. Chez les tabétiques (en dehors de l'atrophie papillaire), ma *conviction* est contraire à l'affirmation de M. Danlos. Mon *impression* est que le traitement mercuriel dans l'atrophie tabétique n'est pas établi et enfin j'ai l'*opinion* que chez les paralytiques généraux les dangers du traitement mercuriel sont encore une légende, au moins quand il est fait à la période initiale.

M. Jullien nous a lu une communication, remarquable par la sûreté de la documentation, la précision du jugement, et que, sans doute, tous les membres de la Société ont été heureux de lire comme moi. Il nous a donné sur les injections de calomel une quantité de notions précieuses. Je ferai quelques observations. Je ne sais si le danger des injections de sublimé au delà d'un centigramme est tout à fait établi ; j'ai vu, par exemple, que le Dr Leduc, de Nantes, avait pu injecter 4 centigrammes par jour, mais j'avoue manquer de renseignements précis sur ce point. Je ne crois pas que l'hémophényl soit médiocrement actif à la dose de 2 centigrammes par jour. Ceci ne résulte pas de mon observation personnelle ; mais, comment pouvons-nous doser *exactement* l'activité thérapeutique de tel ou tel composé? Nous ne pouvons juger que de faits absolument précis et nets, et je parlerai plus loin du critérium que l'on doit adopter.

C'est ici que je ne suis plus d'accord avec M. Jullien. Je ne crois pas que le calomel ait une valeur spécifique en tant que sel,

---

(1) Pour ne pas allonger cette note, je mentionnerai seulement la réponse que j'ai faite à M. Christian le 29 juin. V. *Progrès médical* du 2 août.

et je crois que les injections solubles à hautes doses, apportant plus de mercure dans l'organisme, peuvent être plus actives. C'est là un point essentiel, *le plus important peut-être de ceux qui concernent la thérapeutique de la syphilis*, parce que ce qui concerne le traitement des accidents normaux, n'est plus bien intéressant, et nous devons être maintenant préoccupés du traitement des accidents rebelles et surtout de ceux du système nerveux.

Je ne parlerai pas du travail de M. Lafay, si ce n'est pour l'approuver entièrement; les critiques qu'il a faites du travail de M. Danlos s'ajoutent aux miennes ; les unes et les autres se complètent.

Les arguments que M. Renaut a opposés à l'emploi de plus en plus large de la méthode des injections mercurielles, peuvent, me semble-t-il, être réfutés sans trop de difficultés.

M. Renaut déclare que les injections solubles ne sont pas plus actives que les pilules et croit que leur indication principale, comme celle des injections insolubles, est la nécessité de ménager l'estomac. Nous retrouvons ici cette question fondamentale, primordiale des doses mercurielles. M. Renaut a vu employer, en 1868, le sublimé à la dose d'un centigramme par jour; ce n'est pas un traitement très actif; on sait que le sublimé contient 73 p. 100 de Hg et le cyanure 79 p. 100. M. Renaut parle des injections de benzoate, sans indiquer à quelles doses il les a employées. Comment pouvons-nous décider quoi que ce soit dans ces conditions?

D'autre part, pour juger de l'efficacité thérapeutique, M. Renaut, comme M. Danlos, s'adresse à des lésions sur lesquelles on ne peut à l'avance décider en ce qui concerne la curabilité facile ou difficile. Je déclare, pour ma part, que je ne jugerai pas l'efficacité de tel ou tel sel, de telle ou telle dose sur les accidents secondaires de la peau. Souvent ils sont très faciles à guérir, parfois ils sont très difficiles, et les caractères anatomiques ne permettent pas de porter un pronostic. Les papules secondaires sont, par exemple, rebelles chez certains, aisément curables chez d'autres.

Il en est exactement de même pour les plaques muqueuses dont parle M. Renaut.

Ceci me permet de voir et de préciser une origine des désaccords entre les divers syphiligraphes sur la technique du traitement mercuriel.

La plupart n'adoptent aucun critérium pour fixer l'efficacité thérapeutique, ils ne peuvent avoir aussi aucune base du jugement ferme. *Je crois, au contraire, qu'on doit adopter un critérium unique*, et partir de là pour déterminer la technique du traitement mercuriel. On doit choisir les syphilides rebelles, c'est-à-dire celles qui souvent résistaient aux anciens modes du traitement mercuriel, c'est-à-dire les syphilides de la plante du pied, de la paume de la main, de la langue. Ces syphilides résistaient aux pilules et souvent aux frictions, aux doses habituelles et aux doses les plus fortes. Elles guérissent par le calomel, *à doses suffisantes*. Ceci dit, on peut, si l'on admet que la quantité de Hg est la question fondamentale, penser qu'en augmentant les doses de mercure employées en injections solubles, on aura des résultats supérieurs à ceux des injections de calomel aux doses actuelles et les faits me l'ont démontré déjà. Mais si les uns prennent comme base de jugement, au point de vue de l'efficacité, l'action des injections sur la roséole, d'autres sur des éruptions papuleuses, d'autres sur les plaques, tous sans s'occuper des doses injectées, comment peut-on arriver à quelque résultat! Le désordre est même plus grand, puisque certains paraissent croire que tel sel conviendrait à tel accident et tel autre à tel autre! Comment faire un progrès dans ces conditions? Comment ne pas penser qu'il est inutile de tant parler et de tant écrire!

Je discuterai encore quelques points des observations très prudentes de M. Renaut. M. Renaut a connu la méthode des injections à son aurore; il a fallu vingt ou trente ans pour que la technique se perfectionne, et beaucoup de ceux qui l'ont vu employée autrefois en ont gardé une impression défavorable. Ce n'est pas le cas des plus jeunes, qui ont commencé à utilisé les injections lorsque leur technique était presque entièrement réglée. Les

abcès n'existent plus. Les douleurs sont insignifiantes lorsqu'on fait des injections solubles à doses moyennes (0,02-0,04) avec le biiodure, le benzoate, l'hémophényl. Il faut en tenir compte seulement lorsqu'on emploie le calomel (à toutes doses) ou les sels solubles à doses fortes, encore est-il que ces doses sont employées seulement dans des cas où on ne doit pas tenir compte de la douleur (inconstante) *en raison de l'intérêt primordial qu'il y a à s'en servir.* La stomatite est extrêmement rare lorsque les précautions sont prises du côté de la bouche. Dans les cas auxquels fait allusion M. Renaut, il ne dit pas quels soins avaient été pris; pour ma part, j'ai cité dans mon rapport un seul cas personnel de stomatite dû à l'huile grise, et à ce que les précautions n'avaient pas encore été assez minutieuses chez un malade ayant un mauvais système dentaire. *L'embolie n'existe pas* lorsque la piqûre est bien faite au point voulu, lorsqu'on aspire avec la seringue pour s'assurer qu'on n'est pas dans un vaisseau. Les escarres (Brocq, Fournier, Lesse) sont sans doute dues aussi à des fautes de technique.

Les cas de mort dont parle M. Fournier, cités dans son ouvrage sur le *Traitement de la syphilis*, remontent à une période déjà éloignée où la technique n'était pas réglée. Dans la deuxième édition de son ouvrage parue en 1902, nous ne trouvons pas de cas nouveau; il ressort même de la lecture de la 2[e] édition de M. Fournier que les cas auxquels il avait fait allusion dans la première, étaient en général des cas où on avait injecté 30, 40 centigrammes de calomel.

M. Fournier cite cependant deux cas, l'un de Rüneberg, l'autre de Kraus où la mort fut due à des piqûres de calomel de 0 gr. 10, avec accidents gastro-intestinaux et anurie dans un cas, diarrhée, fièvre, anémie extrême dans l'autre.

Je n'ai pu me reporter aux textes de Rüneberg et de Kraus. On peut se demander si les malades n'étaient pas albuminuriques, et, d'autre part, s'ils n'offraient pas une sensibilité anormale au mercure, sensibilité qui devient pour moi d'observation courante depuis que j'emploie le mercure à très hautes doses et qui

m'empêche chez certains d'injecter 0 gr. 04 d'hermophényl par jour, alors que chez d'autres je puis atteindre 0 gr. 12 comme je l'ai dit plus haut.

Sur cette question fondamentale des cas de mort dus aux injections insolubles, on peut conclure :

Que ces cas sont très rares, s'il en existe encore depuis que la technique a été réglée, M. Fournier n'en rapportant par exemple aucun nouveau;

Qu'on ne devra pas d'emblée faire de piqûres de calomel à 0 gr. 10 chez des malades en état de santé suspecte, que si une piqûre détermine des accidents généraux graves, on n'en fera pas de nouvelles. Il est incompréhensible que dans le cas de Kraus deux injections aient été faites et trois dans le cas de Rüneberg.

Messieurs, je tiens à conclure cette discussion trop longue. Vous voyez à quels détails et à quel travail on peut être entraîné, pour la fatigue de tous, lorsqu'on discute une question sur laquelle règnent des préjugés qu'il faut combattre, des affirmations qui ne sont pas fondées *ou ne sont plus fondées*. Nous devons juger la question des injections mercurielles telle qu'elle se présente en 1902. En 1870, en 1880, en 1890, on ne pouvait parler comme nous parlons maintenant.

Contrairement à M. Renaut, je ne croirai pas dangereux de porter des conclusions sur une question qui est étudiée avec beaucoup de soin depuis trente ans; je craindrais au contraire de ne pas oser conclure. La méthode des injections doit entrer largement, *très largement* dans la pratique quotidienne. Elle permet de manier le mercure avec précision au contraire de toutes les autres, de savoir ce que l'on fait exactement, de pousser le traitement au maximum d'effets utiles, en évitant les effets nuisibles. Ceci dit, ceci admis, nous avons une base ferme pour des progrès ultérieurs, et, pour ma part, si je cherche à réaliser encore plus tard quelques progrès dans le traitement mercuriel, ce

sera en prenant pour point de départ les notions que je possède maintenant, et en oubliant ce qui a été écrit autrefois, et qui a perdu toute valeur avec le temps.

Après ces considérations, je crois que la discussion générale peut être considérée comme close. La parole est maintenant aux faits.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Action du jus de raisin sur l'organisme (cure de raisin). — Des recherches entreprises par M. Moreigne (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 22 mai 1902), il faut conclure que sous l'influence du jus de raisin (cure de raisin) il se produit :

« Une augmentation de la diurèse;

« Une diminution du degré d'acidité des urines;

« Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique;

« Une action dérivative sur l'intestin (action laxative);

« Une diminution des fermentations intestinales;

« Une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée, et cela sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée;

« Une fixation de graisse dans l'organisme;

« Une suractivité de la fonction hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire. Cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques;

« Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses ajouté aux sels minéraux du raisin, la cure de raisin se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus, des principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme, etc., etc. »

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveaux — les nombreux et bons résultats relatés par les médecins des stations uvales dans les diverses affections ou états pathologiques énumérés au début.

La médication par le raisin a un grand avantage, c'est d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients.

Comme le chasselas est abondamment répandu en France, qu'il est cultivé à peu près partout et qu'il atteint une maturité parfaite, nous pouvons, au sein de notre famille, sans faire de voyages dispendieux et sans même nous déplacer, utiliser cette médication naturelle trop peu connue chez nous, qui est aussi simple qu'elle est facile et agréable, et dont les effets salutaires sont constatés chaque année sur un grand nombre de personnes.

Maladies des voies respiratoires.

Traitement de quelques hémoptysies, par Lemoine. — Dans les hémoptysies du début de la tuberculose (*Nord médical*, n° 256, p. 73, 1901), Lemoine prescrit les règles hygiéniques bien connues : repos absolu au lit, aération de la chambre, aliments de digestion facile : lait, œufs, viande crue; la révulsion sous forme de bains de pieds courts et très chauds (7 à 10 minutes de durée, 50° en moyenne); parfois un lavement purgatif du Codex ; enfin, la sinapisation de la poitrine et des cuisses.

A l'intérieur, il administre le sulfate de quinine associé au seigle ergoté :

Sulfate de quinine.....................	0 gr. 30
Ergot de seigle pulvérisé...............	0 » 50

Un cachet tous les matins dans un bol de lait.

Dans les hémoptysies du cours de la tuberculose, on peut employer l'ergotine, bien que son action sur les capillaires du poumon, qui ne possèdent qu'un nombre très restreint de fibres musculaires lisses, soit problématique. On utilisera l'ergotine Yvon en injections (1 gramme de la solution d'Yvon contient 1 gramme d'ergotine), ou bien l'ergotine de Tanret qui a une action plus rapide :

Ergotinine.........................	0 gr. 01
Acide lactique......................	X gouttes.
Eau distillée bouillie................	10 gr.

Injecter 1/4 de centimètre cube pour commencer.

Si l'hémoptysie est persistante, on peut avoir recours au tartre stibié ou à l'ipéca.

Laënnec et Grisolle prescrivaient couramment de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 de tartre stibié. M. Lemoine emploie des doses beaucoup plus faibles, soit 0 gr. 05 en moyenne, en plusieurs prises, pour provoquer un état nauséeux, sans aller jusqu'au vomissement :

Tartre stibié.........................	0 gr. 05
Sirop diacode........................	40 »
Sirop d'écorces d'oranges amères......	60 »

Une cuillerée à café toutes les 2 heures.

L'ipéca est donné à la dose de 2 à 3 grammes, également à doses fractionnées :

Poudre d'ipéca..................	2 gr. à 3 gr.
Sirop d'ipéca....................	40 »
Sirop diacode....................	60 »
Sirop d'écorces d'oranges amères..	30 »

Une cueillerée à soupe toutes les 2 heures.

Dans les hémoptysies dues à la rupture d'un vaisseau dans une caverne, l'injection d'ergotine, à la dose d'un milligramme, constitue le moyen le plus précaire.

Dans les hémoptysies des arthritiques, il convient d'employer la révulsion, de favoriser la diurèse au moyen du lait, du carbonate ou du benzoate de lithine (2 grammes par jour); d'employer la digitale.

Dans les hémoptysies supplémentaires des règles les bains de pieds, l'aloès (0 gr. 10 chaque soir) sont des moyens préventifs qui ont leur utilité. Ces hémoptysies sont d'ailleurs souvent liées à la tuberculose.

Maladies du cœur et des vaisseaux

Traitement de la péricardite avec épanchement (CARRIÈRE). — 1° *Pratiquer la révulsion*, vésicatoire camphré, renouveler s'il y a lieu;

2° *Favoriser la résorption* par les diurétiques;

2 à 3 litres de lait par jour. S'il y a diarrhée, ajouter 10 centigrammes de pancréatine par prise. S'il y a renvois acides, ajouter 1 grammes bicarbonate de soude par prise. S'il y a dégoût, ajouter II à III gouttes d'essence de menthe.

Faire prendre au malade les cachets suivants :

Théobromine.........................	0 gr. 50
(chez l'enfant, 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 25).	
Poudre de scille.....................	0 » 10

en un cachet.

En prendre 4 le premier jour, le 2e et 8 le 3e, puis diminuer. N'employer ce médicament chez l'enfant qu'avec précaution.

3° *Soutenir le cœur*, comme il a été dit au paragraphe 2;

4° Si l'état est grave, s'il y a tendance au collapsus, prendre en 24 heures la potion :

Acétate d'ammoniaque...............	4 à 10 gr.
Teinture de cannelle................	4 »
Potion de Todd.....................	150 »

5° *Calmer les symptômes prédominants* :

Contre la douleur, comme il a été dit au paragraphe précédent.

Contre la dyspnée, ajouter un peu de sirop d'éther : 40 grammes de sirop, par exemple.

Contre l'insomnie, ne pas donner de caféine.

Trional................................ 1 gr.

en un cachet.

Enfin, avoir recours à la *paracentèse du péricarde* :

1° Si l'épanchement se produit rapidement, si les signes de compression apparaissent : hoquet, dysphagie, névralgie diaphragmatique, vomissements, œdème, etc.;

2° Si le pouls est petit ou irrégulier;

3° S'il y a tendance à la syncope ou cyanose;

4° S'il y a skodisme en arrière de la poitrine;

5° S'il y a œdème de la paroi;

6° Si la fièvre est irrégulière ou continue élevée, si le teint est plombé.

Il n'y a pas de contre-indications, sauf l'existence d'une tuberculose avancée,

Manuel opératoire : Antisepsie des instruments.

Antisepsie de la région.

Lieu de la ponction : aussi bas que possible dans la matité (à 1 centimètre au-dessus de la limite inférieure) à 5 centimètres du bord gauche du sternum.

Enfoncer l'aiguille directement d'avant en arrière, puis parallèlement au bord inférieur du cœur, de droite à gauche.

Evacuer très lentement, aussi complètement que possible.

Retirer brusquement le trocart.

Pansement antiseptique.

Si le liquide est purulent, on peut laver avec un liquide antiseptique non toxique (eau oxygénée à 5 vol.; eau boriquée bouillie). On a essayé la péricardotomie : c'est une opération à étudier. (*Nord méd.*, n° 150.)

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement des vomissements chez les phtisiques. — Les vomissements dépendent de causes multiples, et dans un excellent livre qui vient de paraître (*Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire*, mars 1901) Pegurier, (de Nice) rappelle judicieusement que deux indications se présentent :

1° Calmer l'excitabilité de la muqueuse gastrique ;

2° Atténuer l'état d'irritation qui entretient ou provoque cette excitabilité.

1° L'hyperexcitabilité de la muqueuse est calmée par le *froid* (petits morceaux de glace avalés après le repas), ou par l'administration de certaines substances anesthésiques (*eau chloroformée, bromoformée, champagne glacé, eau oxygénée*, etc.).

Voici une formule d'eau chloroformée (une à deux cuillerées à soupe après chaque repas) :

Eau chloroformée saturée............	} āā 250 gr.
Eau de fleurs d'oranger.............	

On peut employer encore la potion suivante, dans le même but (Mathieu) :

Menthol............................	0 gr. 20
Julep gommeux.....................	150 »

Deux à quatre cuillerées à soupe, espacées, après le repas.

2° L'irritation de voisinage, qui met en jeu l'intolérance gastrique, doit aussi être recherchée et traitée (complications de nature tuberculeuse occupant l'arrière-gorge, le pharynx ou l'épiglotte). En dehors du traitement curatif dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment, il y a le traitement palliatif par l'anesthésie locale, et on obtient celle-ci par des badigeonnages :

1° Bromure de potassium.............	3 gr.
Glycérine..........................	30 »

Un badigeonnage pharyngé avant chaque repas.

2° Chlorhydrate de cocaïne.............	2 gr.
Eau...............................	100 »

Badigeonner le pharynx au moment présumé du vomissement.

3° Diiodoforme...................... ..	8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne............	0 » 08
— de morphine..........	0 » 04

Pour insufflations (ce traitement a également l'avantage d'agir sur les lésions).

Les insufflations directes d'orthoforme peuvent être également tentées (ne pas oublier que ce médicament peut déterminer divers accidents : érythème, urticaire, vomissements, collapsus, etc.).

La toux « émétisante » (Pidoux) des phtisiques doit être calmée par les moyens ordinaires dirigés contre la toux, si l'on veut avoir raison des vomissements provoqués par elle, et il ne faut jamais oublier qu'il convient d'administrer l'agent thérapeutique, quel qu'il soit, immédiatement après les repas. Dans cas rebelles, le lavage de l'estomac est indiqué.

Maladies vénériennes.

Traitement de la blennorrhagie chronique. — D'après Lesser (*Traité des affections vénériennes*, 1901), le traitement sera surtout local. On emploiera les injections avec les solutions, soit d'acétate de zinc à 0,3 p. 100, soit d'acétate de plomb à 0,5 p. 100. soit d'un mélange d'acétate de plomb et de sulfate de zinc à 0,3 p. 100, ou bien encore le sous-nitrate de bismuth en suspension à 2 p. 100.

Lorsque l'urèthre postérieur est atteint, on fera des instillations au nitrate d'argent de 1 à 2 p. 100.

Lesser conseille aussi l'emploi de crayons médicamenteux :

Nitrate d'argent.............	0 gr. 2 à 0 gr. 4
Lanoline pure..................	20 »

pour un crayon long de 3 à 4 centimètres. On se sert pour les

introduire soit de l'uréthroscope, soit du « tripperpistole » de Senftleben. Cet instrument est formé d'une sonde en celluloïd, munie d'un mandrin et dont l'extrémité est coupée.

On peut faire également ces crayons soit à l'iodoforme, soit à l'oxyde de mercure.

Une autre méthode consiste en l'emploi de bougies, enduites d'une pommade médicamenteuse. Unna la formule ainsi :

Nitrate d'argent........................	0 gr. 03
Beurre de cacao.......................	3 »

On fait fondre cette masse au bain-marie, on y plonge les bougies et on suspend librement à l'air libre. Par le refroidissement, elles se recouvrent d'une couche consistante. On peut ensuite les introduire avec une sonde métallique. Chaque introduction détermine pendant 1 ou 2 jours un peu d'irritation et d'augmentation de l'écoulement, mais la guérison se fait ordinairement après 6 à 12 séances.

Tommasoli a préconisé l'injection d'une pommade au nitrate d'argent :

Nitrate d'argent..................	1 gr.
Baume du Pérou..................	2 »
Beurre de cacao..................	100 »
Cire............................	2 gr. à 5 »

qu'on introduit avec une seringue munie d'un cathéter, soit avec le tripperpistole. Ce traitement ne donne ordinairement lieu à aucune réaction et on peut le répéter tous les deux ou trois jours. Les avantages de cette méthode résultent du fait que la lanoline adhère étroitement à la muqueuse humide et que le contact dure plus longtemps.

Dans d'autres circonstances, on peut obtenir de bons résultats par la simple dilatation avec de grosses sondes métalliques, n° 20, 22 en les laissant en place pendant 1/4 d'heure. C'est la pression de la sonde sur la muqueuse qui fait seule, dans ce cas, l'efficacité du traitement.

Quand on pratique le cathétérisme, il ne faut pas se servir pour les injections de substances insolubles.

Chirurgie générale.

A propos des blessures du cœur. — G.-T. VAUGHAN, de Washington (*Medical News*, 7 décembre 1901), rapporte l'observation d'une blessure pénétrante du cœur qui fut mortelle malgré l'intervention chirurgicale. Il rappelle à ce propos les 17 cas de suture du cœur publiés par Hill (*Med. Rec.*, 15 décembre 1900) et y ajoute 8 autres cas qu'il a pu trouver dans la littérature médicale de ces derniers temps.

L'étude de ces 26 cas donne les résultats suivants : guérisons, 9; morts, 17; mortalité, 65,38 0/0; régions blessées : oreillette gauche, 1; ventricule gauche, 12; ventricule droit, 8; renseignements non notifiés, 5.

De ces chiffres il appert que les ventricules semblent plus souvent atteints que les oreillettes (dans la proportion de 75 0/0), le ventricule gauche paraissant être le plus souvent atteint. Parmi les blessures suivies de guérisons, il y en avait deux dans le ventricule droit et sept dans le ventricule gauche (y compris la pointe), deux probablement non pénétrantes et une dans la même région, qui n'était certainement pas pénétrante.

Mortalité. — En faisant abstraction des 3 cas de guérison des blessures dans lesquelles la cavité du cœur n'avait pas été ouverte, on trouve que la mortalité des blessures pénétrantes du cœur est de 76,93 0/0.

Relation entre la rapidité de l'intervention et le pronostic. — Si l'on étudie le temps qui s'est écoulé entre le moment où la blessure est produite et l'opération, on est frappé de la différence qui existe entre les cas mortels et les cas qui ne le sont pas. Ainsi dans les premiers le temps minimum était « immédiatement », et le maximum variait entre une heure et une heure et demie, tandis que, dans les cas de guérison, le temps minimum était cinq heures et le maximum vingt-quatre. Il faut en conclure que, si le blessé est encore en vie cinq heures ou davantage après la blessure, ses chances de guérison sont beaucoup plus grandes que celles des blessés qui sont opérés immédiatement.

Dangers. — Le plus grand danger provient du fait de l'hémorragie, sans parler du « shock » et de l'entrée de l'air dans le cœur. Viennent ensuite les dangers provenant de la péricardite, de l'empyème et de la pneumonie. Sur les 26 cas rapportés, un avait de la péricardite, deux de l'empyème, deux empyème et péricardite, un empyème et abcès du poumon droit, un broncho-pneumonie, 7 cas, avec infection, qui tous furent mortels sauf les 2 cas d'empyème simple.

L'urgence des symptômes et la nécessité d'une prompte intervention empêchent souvent de prendre les précautions aseptiques, fait qui cause probablement la fréquence de l'infection.

Conclusions. — 1° Les blessures du cœur doivent être opérées maintenant avec aussi peu d'hésitation que les blessures du cerveau, avec la perspective d'obtenir des résultats aussi bons dans des conditions correspondantes; la mortalité doit naturellement être élevée — (non pas du fait de l'opération, mais de celui de la blessure) — spécialement si tous les cas y compris les désespérés sont traités.

2° Dans tous les cas de blessure dans la région du cœur avec symptômes menaçant la vie, une opération exploratrice devra être faite en pratiquant une ouverture ostéoplastique en clapet séparant le quatrième et le cinquième cartilages costaux à leur point d'attache avec le sternum et les côtes, environ à un pouce en dehors de leur point d'attache avec le cartilage, à peu près comme dans la méthode de Roberts. Cette sorte de clapet tourno comme une porte sur un gond, permet de bien voir le péricarde et peut aisément être élargie si nécessaire.

3° Quelles que soient souvent l'importance de l'exécution immédiate et la rapidité de l'opération, d'autre part l'importance de l'asepsie ne saurait être trop fortement recommandée à cause du grand danger de péricardite et d'empyème. S'il y a eu une forte hémorragie, une quantité de solution salée physiologique, environ égale à la quantité de sang perdue, devrait être injectée dans une veine pendant qne le chirurgien opère le cœur, si cela n'a pas été fait antérieurement.

FORMULAIRE

Pommades contre les croûtes des narines (Bonne).

Pommade au précipité blanc........	} ââ 10 gr.
Vaseline boriquée..................	
Oxyde de zinc....................	5 »
Acétate de plomb.................	0 » 24

Mêlez. — Usage externe.

Badigeonnages phéniqués du pharynx dans la coqueluche. — Le Dr Guida utilise à cet effet le mélange suivant :

Acide phénique cristallisé................	1 gr.
Glycérine..............................	15 »
Solution de chlorhyd. de cocaïne à 2 p. 100.	5 »

Les badigeonnages doivent se faire pendant les quintes (*Journ. méd. ind.*).

Formules pour vaporisations dans les chambres de malades. — Mettre dans un demi-litre d'eau à évaporer une cuillerée à café du mélange suivant :

Eucalyptol...........................	10 gr.
Essence de thym.....................	} ââ 5 »
— de citron....................	
— de lavande..................	
Alcool à 90°........................	100 »

(Deguy.)

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

Les médecins dans les théâtres. — La mort par la foudre aux États-Unis. — Les étudiantes en Allemagne. — La lutte contre la tuberculose. — La prophylaxie de la tuberculose dans les écoles. — Éther ou chloroforme.

Avant l'ouverture de la saison théâtrale, M. Lépine, préfet de police, a adressé aux commissaires de police une circulaire leur prescrivant de rappeler aux directeurs des salles de spectacles, les instructions antérieurement données sur la permanence des médecins dans les théâtres. « Vous les inviterez, ajoute-t-il, à me transmettre d'urgence la liste des médecins choisis par eux, ainsi qu'un tableau indiquant la façon dont le service médical de leur théâtre est assuré et réglé.

« Vous leur rappellerez, en outre, qu'une boite de secours réglementaire devra être placée dans le cabinet du médecin. »



De 1890 à 1900, aux États-Unis de l'Amérique du Nord, 4.107 personnes ont péri par la foudre, soit 373 personnes par an. En 1900, année particulièrement orageuse, il y a eu 713 morts par la foudre ; de ce nombre, 498 ont été surpris au grand air, 158 dans les habitations, 57 sous des arbres. Il y a, en outre, 973 brûlés par la foudre, dont 617 au grand air, 327 dans des habitations et 29 sous des arbres.



Après avoir été exclues pendant longtemps des études médicales les étudiantes affluent dans les Universités allemandes. Rien qu'à

Berlin, il y a eu, le dernier semestre d'hiver, 600 femmes inscrites alors qu'il n'y en avait que 449 le semestre d'hiver de l'année précédente. Rien ne les rebute, ni les difficultés des études, ni la sourde opposition de quelques-uns de leurs maîtres, ni l'hostilité ouverte de beaucoup de leurs camarades mâles, qui redoutent la concurrence professionnelle pour l'avenir. Il est à prévoir, en effet, que d'ici peu de temps, la pléthore médicale dont tout le monde se plaint, sera notablement accrue par l'appoint féministe.



Le conseil d'arrondissement de Bordeaux vient d'adopter le vœu qu'une surveillance rigoureuse soit exercée dans les casernes sur les militaires atteints de bronchites fréquentes et prolongées; que, dans le doute, ces militaires soient dirigés en observation sur les sanatoria régionaux existant ou en voie de création; que l'Etat donne lui-même l'exemple en créant un certain nombre de sanatoria et que les jeunes militaires tuberculeux ne soient renvoyés dans leurs foyers qu'après amélioration ou guérison.



A la suite des vœux émis par la Commission instituée en vue d'étudier les mesures à prendre pour éviter la contagion de la tuberculose dans les établissements d'instruction, à quelque ordre qu'ils appartiennent, le ministre de l'Instruction publique vient de prescrire que dans tous les internats primaires ou secondaires chaque élève aura une fiche sanitaire avec inscription du poids corporel, de la taille et du périmètre thoracique; que dans les classes, études et lieux de réunion seront affichées des prescriptions relatives à l'hygiène individuelle et à la salubrité.

Tous les bâtiments scolaires doivent recevoir en abondance l'air et la lumière, l'aération se faisant en toutes saisons par la large ouverture des portes et des fenêtres durant l'intervalle des heures de classe. Le sol qui doit être lisse, imperméable et résistant,

ne sera jamais balayé à sec. On le nettoiera au moyen d'une toile humide. Aucun livre provenant d'un élève tuberculeux ou même simplement suspect ne pourra être donné à un autre élève sans avoir été préalablement soumis à une désinfection efficace. Le sol et les murailles des réfectoires doivent pouvoir être facilement et fréquemment lavés. On ne réunira dans un dortoir commun que les tout jeunes enfants, qu'il est plus aisé de surveiller d'une façon constante, mais on évitera de réunir ainsi les élèves âgés de douze à treize ans; passé cet âge, chaque élève devra avoir sa chambre avec lavabo permettant les soins complets et intimes de la toilette. Les privés seront construits, aménagés et entretenus de façon telle que les élèves puissent en faire usage commodément, décemment, sans répugnance.

Ni maître, ni serviteur, ne devront être admis dans l'établissement sans avoir été soumis à une visite médicale qui aura pour sanction l'élimination de ceux chez lesquels il aura été révélé l'existence de lésions tuberculeuses des poumons. Aucun enfant atteint de lésions tuberculeuses ouvertes contagieuses ne pourra lui aussi être reçu à l'école.



Le président du *Congrès français de chirurgie*, M. Reverdin (de Genève), a abordé dans son discours d'ouverture une question d'actualité chirurgicale; quel doit-être l'anesthésique de choix : le chloroforme ou l'éther? Le premier, a-t-il dit, tue avant, pendant et après l'opération, mais surtout avant; tandis que la chose est exceptionnelle avec le second. Pour expliquer ces morts avant l'intervention chirurgicale on a invoqué la peur, mais comment la peur du chloroforme tuerait-elle, tandis que la peur de l'éther serait inoffensive? Il faut de toute nécessité faire intervenir le chloroforme lui-même comme facteur dans ces morts pré-opératoires. Quoi qu'en ait dit Sédillot, il est incontestable que le chloroforme le plus pur, donné par la meilleure des méthodes, peut tuer.

La conséquence logique est qu'il faut chercher un anesthésique moins dangereux et dont les accidents soient moins irrémédiables. L'éther répond à ces conditions. Il est bien moins dangereux que le chloroforme et à l'encontre de celui-ci, il choisit ses victimes et respecte la jeunesse et les gens sains. Les accidents qu'il peut déterminer se localisent, non plus sur le cœur mais sur les poumons et par suite sont moins graves. On lui a reproché une exagération de la salive qui peut s'engager dans les voies respiratoires, et des vomissements dont les matières peuvent pénétrer dans la trachée. Mais pour éviter ces accidents, il suffit de placer le malade tête basse et de vider l'estomac. Dans les cas de choc traumatique, alors que le chloroforme est contre-indiqué, l'éther au contraire relève le pouls. Aussi, pour toutes ces raisons, M. Reverdin conclut que l'éther est jusqu'à nouvel ordre l'anesthésique de choix.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

L'intensité de l'action toxique médicamenteuse et son rapport avec le titre des solutions des agents chimiques,

Étude posologique,

par M. B.-J. Stokvis,
Professeur à l'Université d'Amsterdam.

Je me suis efforcé, il y a quelques années (1), de démontrer que le principe qui sert de base à la posologie actuelle, principe, qui admet des rapports bien établis entre l'intensité de l'action thérapeutique et le poids ou la masse employée de la substance médicamenteuse, n'est en somme qu'une aide bien faible pour venir en secours aux besoins de la pratique. La science exacte n'a rien à voir avec ce principe. Le principe lui-même prête, comme chacun le sait, à l'équivoque, car la quantité administrée d'une substance chimique ne nous dit rien de précis au sujet de la quantité qui entrera en action. Celle-ci dépend d'une foule de conditions : de l'état temporaire de l'organisme, auquel le médicament est administré, du mode d'administration, des propriétés physiques et chimiques du médicament, etc. C'est seulement par le concours de toutes ces conditions qu'une quantité déterminée de l'agent chimique employé entrera en action avec l'organisme, ou, pour préciser encore plus nettement, que la modification de la fonction d'un ou de plusieurs organes, que nous appelons

---

(1) L'exactitude scientifique de la posologie (*Bull. gén., de Thér.*, 1896).

réaction, pourra se déclarer avec une intensité déterminée. A cet effet, une solution de la substance appliquée doit se trouver au niveau des éléments histologiques de l'organe dont la fonction subira des modifications. *Corpora non agunt nisi soluta.* La réaction physiologique a lieu dans un milieu liquide. Le poids de la substance ingérée comme tel ne nous intéresse donc guère ; ce qui nous intéresse c'est de connaître la quantité, qui s'en trouve en solution au niveau de l'organe, c'est le titre de la solution en action. Or, la théorie des solutions nous apprend que la concentration moléculaire (c'est-à-dire le nombre des molécules dans un litre d'eau) en détermine l'intensité de la pression osmotique, de la conductibilité électrique, etc. En est-il de même en regard de l'action physiologique? Voilà la question qui va nous occuper.

L'essai que j'ai entamé en réponse à cette question, et dont j'ai fait mention dans ma communication antérieure, n'a été qu'une ébauche incomplète et incorrecte. Je n'attache plus presque aucune valeur aux expériences que j'y ai produites, et qui semblaient conduire à la conclusion, que des solutions diluées de strophantine ont une activité plus grande sur le cœur de la grenouille, que des solutions plus concentrées. Deux fautes capitales s'y sont glissées. La première se rapporte à la concentration moléculaire à laquelle je n'ai pas pris assez d'attention, mais la seconde, beaucoup plus importante, qui réduit les expériences presque tout à fait à l'état de non-valeurs, regarde la température du milieu, dans laquelle elles étaient faites. Au lieu d'être constante, celle-là était variable, changeait avec la température ambiante et déterminait des modifications dans les fonctions du cœur des grenouilles, que je mettais, sans aucun scrupule, sur le compte de la concentration.

En reprenant ces expériences, je me suis non seulement mis en garde contre ces deux fautes principales, mais j'ai rejeté aussi la strophantine, comme agent chimique. J'ai préféré, au lieu de cette substance d'un poids moléculaire très élevé, d'une composition compliquée, etc., un corps chimique inorganique, d'un poids moléculaire inférieur, d'une constitution parfaitement connue, dans laquelle n'entrent que deux éléments chimiques, agent chimique d'ailleurs, dont l'action physiologique et thérapeutique sont bien connues, et bien définies depuis longtemps, j'ai choisi le bromure de potassium (KBr).

Les expériences nouvelles sont donc faites dans une étuve à température constante, dans un thermostat. La température de l'eau, dans laquelle se trouvait l'appareil en verre portant le cœur, et les petits tubes en caoutchouc, le long desquels la circulation artificielle était entretenue, oscillait tout au plus de 17,8 à 18,2 C.

La température du milieu, dans lequel se trouvait le cœur, ne montrait d'une expérience à l'autre, ou au cours d'une même expérience qu'une différence de tout au plus 4/10 d'un degré centigrade; elle était, abstraction faite de petites oscillations en dessous et en dessus (15,8-16°,2 C.), constamment de 16° C. Le liquide circulant librement dans l'appareil était du sang défibriné de bœuf mêlé à une solution de chlorure sodique de 0,7 p. 100 ($-\Delta = 0,43$) dans la proportion de 1 à 3. A l'aide d'un robinet à verre trois fois perforé l'on pouvait remplacer à un moment donné le sang normal par du sang auquel on avait ajouté une quantité déterminée de bromure de potasse, c'est-à-dire par du sang représentant une solution de KBr d'un titre déterminé. Avant de commencer ces recherches, l'examen kryoscopique de NaCl. 0,7 p. 100, auquel on avait ajouté des petites quan-

tités de KBr, n'avait révélé aucun changement appréciable de la concentration moléculaire à la suite de cette addition. En outre l'observation directe avait démontré que le sang additionné de KBr, et le sang normal, employés dans les expériences étaient tous les deux d'une isotonie identique et parfaite. Les liquides sanguins se séparaient, soit dans un verre à cylindre, soit à l'aide d'un centrifuge séparateur, en un sérum parfaitement clair, d'une couleur ambre, et en une colonne de corpuscules, dont la hauteur était parfaitement égale dans les deux cas.

Le poids moléculaire de KBr est 119. Une solution soi-disant normale contient donc 119 grammes par litre d'eau, ou, pour rendre les calculs plus aisés, 120 grammes. Les solutions de bromure de potasse, dont nous nous sommes servis, ont été préparées en dissolvant une quantité exacte de KBr cristallisé dans 100, 200 cc. du sang, dilué de chlorure sodique. En dissolvant par exemple 0 gr. 400 de KBr dans 100 cc. de sang, nous avons une solution d'un titre de 0,4 p. 100, ce qui équivaut à 1/30 de la solution normale ou à $\frac{M}{300}$. C'est là la solution la plus concentrée, avec laquelle nous avons expérimenté, le titre de la solution la plus diluée était de 0,01 p. 100 ou de $\frac{M}{12.000}$.

Comme objet d'étude pour déceler l'activité de la solution appliquée nous nous sommes servi : 1° du débit, et 2° de la fréquence des contractions du cœur. Le débit était déterminé en recueillant la quantité de sang chassé du cœur, dans un verre cylindrique très étroit, soit pendant un laps de temps déterminé, soit par un nombre déterminé de contractions. Le nombre (et la forme) des contractions du cœur était inscrit sur un cylindre enregistreur à l'aide d'un tam-

bour inscripteur, dont les mouvements traduisaient exactement les variations du volume du cœur.

Le résultat de cette série d'expériences permet de désigner sa vraie place à la quantité de l'agent chimique, en vue de l'intensité de son action physiologique ou toxique (ou de la réaction de l'organe). Cette intensité ne dépend nullement du poids, de la quantité elle-même; elle dépend uniquement du nombre des molécules entrées en solution, en d'autres termes, du titre de la solution. En prenant 100 grammes de cœur vivant de grenouille, et en le mettant en contact avec 2 ou 3 milligrammes de bromure de potassium, vous obtiendrez infailliblement l'arrêt complet du cœur. Cet effet se produira avec la précision du déterminisme, pourvu que vous vous teniez strictement à un titre déterminé de la solution. En vous éloignant du titre, vous manquerez le but. Vous pourriez mettre en contact avec le cœur une quantité de bromure de potassium dix et vingt fois plus grande en vous servant d'un titre beaucoup plus inférieur, sans toucher le but, sans que l'arrêt final se produise. Rien d'ailleurs de plus simple. La réaction physiologique et thérapeutique d'un organe ou d'un élément histologique vis-à-vis d'un agent chimique, n'est au fond qu'un processus, dans lequel deux solutions différentes entrent en contact l'une avec l'autre.

L'organe, l'élément histologique, n'est en réalité qu'une solution extrêmement complexe, dans laquelle entrent surtout des substances colloïdes, des molécules d'un poids moléculaire colossal, qui se trouvent à côté des molécules d'un poids moléculaire relativement minime. Cette solution, dont la composition change à chaque moment, et dans laquelle les molécules ne sont jamais en repos présente néanmoins un système d'équilibre entre les forces molécu-

laires, qui peut être obtenu de plus d'une manière, et qui en forme les propriétés vitales spécifiques.

Mise en contact avec la solution d'un agent chimique à un titre déterminé, elle subira forcément des altérations dans son système d'équilibre. Le choc peut être tel que l'équilibre est perdu tout à fait, et que les propriétés vitales de l'élément histologique sont abolies. D'autre côté, le nombre des molécules nouvelles contenues dans la solution de l'agent chimique pourra être si restreint, si minime, que le système d'équilibre ne subit que des modifications à peine perceptibles. Et si l'effet de la solution se manifeste comme une modification du système d'équilibre, ou des propriétés vitales, nous aurons affaire à une solution, dont le titre est trop petit pour anéantir l'équilibre, trop grand pour passer inaperçu. Je laisse de côté le rôle prépondérant de l'oxygène et de la température pour le maintien des propriétés vitales, je passe sous silence le changement incessant des forces moléculaires à chaque révolution du cœur. Je ne veux que relever le fait, que les lois physico-chimiques, dont découlent les réactions chimiques les plus simples, peuvent et doivent aussi être considérées comme les déterminantes des processus complexes, qui constituent les réactions physiologiques et thérapeutiques.

En regard de la posologie, il y a donc une conclusion, à laquelle on ne peut plus échapper. C'est la conclusion, que le terme dose léthale est un terme insuffisant et incorrec . La dose léthale, la quantité nécessaire pour abolir la vie d'un organe ou d'un organisme, ne peut agir qu'à la condition d'être dissoute, et c'est donc le volume seul du liquide, dans lequel la quantité donnée sera reprise au moment d'être mis en contact avec les organes, qui en déterminera l'effet. C'est donc le titre seul, qu'on pourra nommer titre à

effet léthal, ou titre léthal, comme c'est le titre seul qu'on pourra nommer toxique. L'effet léthal et l'effet toxique des solutions de titre différent se touchent de très près, de beaucoup plus près qu'on ne présumerait d'après les données posologiques au sujet des doses léthales et toxiques. Les solutions de bromure de potassium à 0,200 p. 100 $\left(\frac{M}{600}\right.$ concent. molécul.) et celles au-dessus de ce titre, qui arrêtent les fonctions du cœur de la grenouille complètement et infailliblement, ne présentent, au sujet de leur titre, de différence notable avec les solutions de 0,181 p. 100 $\left(\frac{M}{660}\right)$. Et cependant ces dernières peuvent être mises en contact avec l'organe pendant plus de quatre heures sans qu'un arrêt définitif en résulte. Il se produit une extrême faiblesse du cœur, une *vita minima*, mais l'effet n'est plus léthal.

Voilà donc des différences bien tranchées, une ligne de démarcation beaucoup plus nette et distincte que celles entre dose léthale et dose toxique.

Relevons maintenant quelques détails au sujet des concentrations à l'effet léthal, se rapportant aux expériences comprises dans le tableau de la page 732.

Du moment que la solution de bromure de potasse se trouve en contact avec la paroi intérieure du cœur, l'effet toxique se déclare. Dans les conditions expérimentales du moins, dans lesquelles nos recherches ont été faites, l'effet a été instantané. Il était impossible d'observer le plus petit intervalle entre les deux phénomènes : l'entrée de la solution de KBr dans le cœur et le début de l'action de cet agent. Quant à cette action, nous pouvons distinguer deux modifications du mouvement du cœur bien distinctes. L'intensité de la contraction du cœur ou plutôt le débit du cœur est

entravé d'emblée, et après dix à vingt secondes le travail utile du cœur est anéanti, le débit est nul. Conformément aux propositions d'Engelmann, nous nommons les variations de la force musculaire du cœur des variations (effets) inotropiques. La variation inotropique a donc été une variation (effet) *inotropique négative*. En même temps cependant les contractions deviennent de plus en plus fréquentes. D'après la terminologie introduite par Engelmann, la variation inotropique est donc accompagnée d'une variation (effet) *chronotropique positive*. La fréquence du cœur augmente d'une révolution à l'autre, tandis que celle-ci devient plus faible à chaque contraction. En réunissant les sommets et les bases des tracés cardiographiques dans ces expériences, on obtient deux lignes obliques, désignant la pente fatale.

Tableau I. — *Expériences avec des titres de BKr à l'effet léthal.*

	1 Concentration moléculaire de la solution	2 Durée de l'expérience en minutes	3 Volume total du sang chassé par le cœur pendant l'expérience	4 TRAVAIL UTILE DU CŒUR EN CC. SANG EN MINUTES		5 Poids du cœur en milligr.	6 Rapport du BKr employé à 100millig. de cœur
				avant l'expérience	après l'expérience		
A...	$\frac{m}{300}$ (1/30 N).	2'.4"	0.8^{cc}	0.6	0	187	1.57
B...	$\frac{m}{600}$ (1/60 N).	2'.4"	2.3	0.91	0	170	2.70
..	$\frac{m}{600}$ (1/60 N).	2' 8"	2.3	1.9	0	182	2.50
D...	$\frac{m}{600}$ (1/60 N).	1'.40"	2.3	1.3	0	182	2.50
E...	$\frac{m}{600}$ (1/60 N).	15"	2	1.9	0	217	1.84

Le cœur se peut parfaitement rétablir de ce choc excessif. Au commencement de l'arrêt complet on observe encore des ondulations, des mouvements irréguliers péristaltiques à peine perceptibles, mais après quelques minutes le silence du cœur est absolu.

Le repos complet peut durer vingt à vingt-cinq minutes, sans rendre impossible une réparation totale. Pour produire celle-ci, il faut interrompre, en tournant le robinet, la communication du cœur avec le sang bromuré, et donner libre cours par le même mouvement au sang normal. Puis il faut élever pendant une demi-minute la pression du sang dans l'instrument, afin que le sang bromuré soit remplacé dans le cœur par une toute petite quantité de sang normal. Du moment, que le cœur commence à reprendre ses mouvements, on rétablit la pression normale; et la petite quantité de sang normal, qui entre dans le cœur, suffit parfaitement à remettre l'organe dans son état antérieur. La période de rétablissement se caractérise par une variation chronotropique positive et une variation inotropique négative. La solution du bromure devient de plus en plus diluée. Tout comme à la période qui précède l'arrêt complet, le cœur fait des contractions excessivement fréquentes d'une force inférieure. Sous l'influence du sang normal cependant, la fréquence diminue tout doucement presque dans le même rythme, dans laquelle la force de chaque contraction musculaire s'accroît, de sorte que, dans trois quarts d'heure tout au plus, le cœur a repris son état normal et que les variations inotropiques et chronotropiques sont disparues entièrement. Il serait intéressant de savoir combien de temps le repos absolu du cœur peut être maintenu, sans que le retour à la vie soit devenu impossible.

En relevant maintenant quelques détails au sujet des

expériences faites avec des solutions à titre toxique, je pose en principe, que, de même que pour l'effet léthal, l'intensité de l'effet toxique doit être cherché dans l'intensité du dommage causé par la solution toxique au travail utile au débit du cœur. Ce travail utile du cœur est mesuré par la quantité de sang déplacée dans l'unité de temps. Or cette quantité étant un produit à la fois de la force motrice du cœur (phénomènes inotropiques) et de la fréquence des contractions (phénomènes chronotropiques), la diminution de la force musculaire pourra être équilibrée par une augmentation de la fréquence des contractions, de sorte que, sous l'influence des solutions toxiques, le débit du cœur pourra même être exagéré. Tout dépend de la relation des phénomènes inotropiques, qui ont toujours une valeur négative, aux phénomènes chronotropiques, dont la valeur est toujours positive.

En se basant sur ces données, nous pouvons nettement distinguer deux espèces de solutions à titre toxique. Celles qui, à aucun moment de leur action, ne produisent aucune amélioration du débit, qui, pendant toute la durée de l'expérience font du dommage au travail utile du cœur, pourraient être nommées des solutions paralysantes. Celles, au contraire, qui, surtout au début de leur action, augmentent le débit du cœur, en donnant lieu à une augmentation importante du nombre des contractions, de par laquelle la perte de force musculaire est contre-balancée, voire même retournée en sens contraire à l'égard du débit, pourraient être nommées des solutions excitantes. Eh bien, les solutions $\frac{M}{650}$ jusqu'à $\frac{M}{840}$ (0,181-0,142 p. 100) se sont montrées franchement paralysantes, celles de $\frac{M}{1900}$-$\frac{M}{12.000}$

(0,10-0,01 p. 100) se sont montrées, comme si à la rigueur l'on aurait pu s'en servir comme de solutions excitantes. Cependant il faut remarquer que ces dernières solutions ne sont excitantes qu'au début de leur action, parce qu'à la longue (ordinairement après 15 minutes) l'exagération de la fréquence se perd et cède la place à une irrégularité du rythme, tandis que la force musculaire va en s'affaiblissant, du commencement jusqu'à la fin. Quant aux solutions franchement paralysantes, elles ressemblent aux solutions à titre léthal par la chute rapide et instantanée du débit, elles en diffèrent par le fait que le cœur, au lieu de s'arrêter, persiste pendant deux à trois heures dans son mouvement rythmique. Les contractions sont cependant extrêmement faibles et superficielles, mais, chose remarquable, à la longue, après une heure par exemple, elles gagnent quelque peu en vigueur, comme si le cœur allait s'accoutumer lentement à la solution toxique.

Nous avons tâché de démontrer péremptoirement l'existence d'un rapport direct entre le titre moléculaire de la solution toxique et la valeur du dommage causé au débit du cœur par cette solution (intensité de l'action toxique). A cet effet, nous nous sommes servis des titres moléculaires $\frac{M}{660}$ et $\frac{M}{720}$ (0,181 p. 100 et 0,168 p. 100) et nous avons comparé la valeur du dommage pendant les trois premiers quarts d'heure de leur action. Dans l'expérience avec la solution $\frac{M}{660}$ le débit original du cœur avait été de 20 cc.6 en un quart d'heure. Le premier quart d'heure après l'influence de la solution toxique la valeur du débit n'était plus que de 4 cc. 8, le second quart d'heure 2 cc., le troisième 2 cc. 66, 4 cc. 8 + 2 + 2 cc. 6 = 9 cc. 4. Voilà donc le débit dans trois

quarts d'heure. Sans l'influence de la solution toxique, il aurait été dans ce laps de temps trois fois 20,6, soit 61 cc. 8. Le débit du cœur a donc subi une perte de 84 p. 100 [61,8 : (61,8 — 9,4) 52,4 = 100 : ×]. Dans l'expérience avec la solution $\frac{M}{720}$ (0,167 p. 100), la perte a été de 76,6 p. 100. Le rapport direct entre les titres des solutions et l'intensité de l'action est donc on ne peut plus évident. La règle de trois $\frac{1}{600} : \frac{1}{720} = 84 : \times$ donne par le calcul la valeur 77, la valeur trouvée a été 76,6, tandis que le produit du calcul $\frac{1}{720} : \frac{1}{660} = 76,6$ est 83 p. 100 au lieu de 84 p. 100.

L'accord peut-être est trop beau, pour ne pas présumer qu'il ne soit plus ou moins accidentel, mais ce qui est certain, c'est qu'il est parfaitement impossible de découvrir le moindre rapport entre les poids du bromure qui ont été en contact avec le cœur et l'intensité de l'action toxique. Les deux intensités dans les deux expériences se rapportent comme 84 à 76,6 = 1 : 0,9. Les quantités de bromure avec lesquelles 100 grammes de cœur ont été en contact pendant 45 minutes se rapportent comme 9 mgr. 3 à 15 mgr. 3, c'est-à-dire comme 1 : 1,73. En d'autres termes, si l'intensité de l'action toxique avait été déterminée par le poids de la substance toxique, elle aurait été dans la seconde expérience presque deux fois plus grande que dans la première, tandis qu'en réalité elle lui a été inférieure dans la proportion de 0,9 : 1.

Je n'insiste plus sur les détails et les chiffres des expériences. Elles ont confirmé, en général, le principe de la dépendance directe de l'intensité de l'action toxique du titre des solutions, elles ont donné lieu à la conjecture, que,

même pour le bromure de potasse, il sera possible peut-être de trouver des solutions assez diluées pour n'en attendre que des effets franchement excitants. Mais ce sujet n'a pas été abordé par nous, aussi bien que celui de savoir si une solution extrêmement diluée ne donne lieu à aucune modification du côté du cœur.

En choisissant le dommage causé au débit du cœur par des solutions de bromure de potasse de titre différent, comme l'index le plus exact de l'intensité de l'action toxique, nous avons suivi une voie tout à fait différente de celle recommandée par Juckuff dans son travail bien connu, intitulé : *Expériences pour découvrir une loi posologique, étude toxicologique-mathématique*. Tout en avouant mon incompétence à me former un jugement sur plusieurs détails de cette étude, dans lequel l'auteur se montre à chaque pas un mathématicien consommé, je crois cependant de mon devoir de déclarer ici que je ne puis plus longtemps me rallier à ses conclusions. Ce n'est qu'après des réflexions mûres, et en rapport avec les expériences communiquées, que j'ose m'exprimer ainsi. Excepté le résultat de mes propres expériences, ce sont encore des objections théoriques qui m'empêchent d'admettre l'exactitude de sa loi posologique. Elles regardent le sens, qu'il attribue au mot « dose », le sens dans lequel il comprend les expressions « vitesse et temps de réaction » ; elles regardent les substances dont il s'est servi dans ses expériences. De plus mes objections sont justifiées par le fait que l'auteur est forcé d'admettre lui-même une foule d'exceptions à sa loi soi-disante posologique. Indiquons-les brièvement.

En ce qui concerne le sens du mot « dose », l'auteur n'observe pas conséquemment la distinction entre le titre de la solution qu'il applique dans ses expériences, et la

masse totale, le poids de la substance dont il se sert à cet effet.

Il se refuse à comprendre par dose, la masse, le poids de la substance, qui est à même de causer un effet toxique déterminé dans un kilogramme d'organisme vivant, il ne veut entendre par ce mot que le pourcentage, le titre constant en substance active du milieu intérieur. Et cependant sa loi posologique, qui proclame l'existence d'une augmentation disproportionnée et démesurée de l'intensité toxique en regard de la dose, qui signale l'agrandissement disproportionnel du péril avec l'augmentation des quantités administrées, s'occupe exclusivement des dernières, sans souffler mot de la concentration des solutions.

Ma seconde objection regarde l'intervalle, auquel l'auteur donne le nom de « temps de réaction », et qu'il considère comme la mesure, comme l'index de l'intensité toxique. L'intervalle, déterminé par l'auteur dans ses expériences, n'est autre chose que l'intervalle entre le moment de l'application de la substance toxique et le moment de l'accomplissement parfait (de l'effet toxique ou) de la modification, qu'elle a causée dans le protoplasme vivant. Ce n'est donc pas la quantité constante de produits, provenant des corps agissant les uns sur les autres dans l'unité de temps, dont il s'occupe, ce n'est pas la vitesse de réaction chimique proprement dite, qu'il a en vue. Il s'adresse à un phénomène extrêmement compliqué, auquel le processus toxique participe aussi bien que la diffusion, que la répartition égale de l'agent chimique dans le milieu employé. Tant que nous ne savons pas déterminer le temps nécessaire pour l'accomplissement de chacun de ces processus avec exactitude, l'identification de l'intervalle observé me semble non seulement parfaitement arbitraire, mais même évidemment incorrecte.

Le choix des substances toxiques, employées par l'auteur, soulève une troisième objection. Il s'est servi presque exclusivement de substances narcotiques, plus ou moins volatiles, appartenant au groupe des narcotiques neutraux (Overton). Ce groupe comprend des corps chimiques organiques, plus ou moins solubles dans l'eau, mais pour lesquels cependant l'huile et les matières grasses sont des dissolvants plus appropriés. Or le protoplasme vivant, contenant de l'eau, des sels, des matières grasses comme la lécithine, le protagon, etc., ce seront surtout les dernières, qui s'accapareront de substance comme l'hydrate de chloral, l'hydrate d'amylène, le chloroforme, etc.

En effet, le facteur principal de leur action toxique doit être cherché dans leur insolubilité dans l'eau, et leur coefficient de partage entre l'eau et les graisses. Voici donc une nouvelle complication, qui embrouille les résultats d'autant plus, que le protoplasme, dont Juckuff se sert, celui des corpuscules rouges du sang, celui de truites nouveau-nées, est très riche en matières grasses, et que d'autre côté le milieu ambiant, dans lequel les phénomènes s'évoluent, est une solution à 1 p. 100 de NaCl.

Selon l'auteur lui-même, il faut admettre une foule d'exceptions à sa loi posologique. Les substances toxiques moins actives, par exemple l'hydrate de chloral, les sels de métaux lourds, etc., n'y obéissent pas, quand elles sont administrées par la bouche. Mais la loi elle-même ne s'applique en réalité, selon lui, qu'à des substances volatiles et à la digitaline, dont Koppe s'est servi dans ses auto-expériences. Pourquoi l'auteur n'a-t-il pas institué des expériences avec injection intraveineuse, afin de contrôler l'exactitude de sa loi? Ce mode d'administration crée des conditions expérimentales absolument identiques à celles

réalisées dans ses expériences, et aurait pu servir comme pierre de touche.

En un mot, la valeur de la soi-disante loi Juckuff me semble pour plus d'une raison, et surtout à propos des expériences mentionnées, plus que problématique. Depuis la publication de son mémoire, aucun fait ne s'est produit en faveur de la supposition que l'augmentation du titre de la solution (ou de la dose) déterminerait un accroissement démesuré et disproportionné de l'intensité de l'action toxique, ni de la conjecture que cette disproportion trouverait son explication dans la résistance du protoplasme vis-à-vis l'agent toxique.

Jusqu'à nouvel ordre, on fera donc mieux de se tenir à un principe beaucoup plus simple, et d'admettre la loi posologique que l'intensité de l'action toxique est en proportion directe avec le titre en substance toxique de la solution dont le protoplasme de choix est environné.

En acceptant ce principe comme base de la posologie, nous avouons tout bonnement que la posologie actuelle n'est qu'une doctrine de tâtonnement, et d'un empirisme out superficiel.

En effet, lorsque nous administrons des médicaments pour l'usage interne, en les dispensant sous la forme de poudres, de pilules, etc., nous nous fions au hasard pur et simple. Car comment prédire le titre de la solution, avec lequel l'organe de choix entrera en contact? En dosant scrupuleusement les médicaments, nous n'exécutons nullement une mesure de prévoyance pour mieux atteindre notre but, nous employons tout simplement la seule précaution possible pour ne pas être surpris par des effets toxiques inattendus; certes, nous ferions mieux, en présentant la substance médicamenteuse sous la forme de solution, de

mixture, d'infusion, de décoction. Mais ici encore le hasard a trop beau jeu. Est-ce que le titre en substance active de la solution n'est pas trop souvent parfaitement inconnu, et s'il est connu, est-ce qu'on le considère en général comme l'index le plus fidèle de l'intensité de l'action thérapeutique? Et comment prédire, dans un cas donné, avec certitude le titre de la solution, qui entrera en contact avec l'organe de choix?

Les considérations et les expériences présentes ont le triste avantage de saper les fondements « encore mal assurés » de la posologie. Elles constituent une œuvre de destruction, sans espoir prochain de reconstruction. Cependant elles élargissent nos vues pharmaco-thérapeutiques parce qu'elles démolissent un mur de séparation, qu'on a élevé entre l'action locale et l'action générale ou résorptive. Le mode d'action d'un agent chimique, qui est directement mis en contact avec les muqueuses ou la peau privée de son épiderme, est exactement le même que celui d'un agent, qui, administré par voie intérieure, doit être repris par le sang pour produire son effet. Et il n'y a plus aucune raison de distinguer, au point de vue théorique, les médicaments locaux, dont l'action consisterait en un processus moléculaire gros, des médicaments généraux, qui seraient doués d'une action déterminée par des processus moléculaires fins et subtils.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'hyperthermie apyrétique,

par M. F. Vialard.

Sous le nom d'*hyperthermie apyrétique* il convient de désigner « certains cas cliniques d'hyperthermie, caractérisés *uniquement* par une élévation souvent exagérée de la température, *sans aucun autre symptôme fébrile* ». Ce qui distingue, en effet, l'hyperthermie apyrétique de la fièvre proprement dite, c'est l'absence d'accélération du pouls, de chaleur cutanée, d'urines fébriles, c'est en un mot l'absence de l'état de fièvre, c'est-à-dire de l'usure des matériaux organiques et de l'exagération des oxydations. C'est au docteur Soulier que l'on doit cette dénomination d'hyperthermie apyrétique (1).

Ce titre, malgré son apparence paradoxale, mérite d'être conservé, car, d'une part, seul il permet d'éliminer toute idée de pyrexie, et d'autre part, seul il ne désigne, ni la nature, ni la cause de ces états hyperthermiques et ne semble pas surtout les rattacher uniquement à une influence nerveuse. C'est dire qu'il faut rejeter toute autre épithète : *Fièvre nerveuse; Fièvre hystérique; Fièvre éphémère; Hyperthermie nerveuse.*

(1) Dr Soulier. Hyperthermie apyrétique. *Province médicale*, 1900.

S'il existe, en effet, une forme d'hyperthermie apyrétique que j'appellerai *symptomatique*, il semble exister aussi une forme d'hyperthermie apyrétique *essentielle* : la première beaucoup plus fréquente est tantôt le seul témoin d'une affection nerveuse, ou autre, dont le tableau clinique a disparu, tantôt le premier signal d'une affection future; la seconde plus rare semble évoluer par elle-même et ses causes échappent encore à nos moyens d'investigations.

I. — Hyperthermie apyrétique sympomatique

1° *Hyperthermie apyrétique symptomatique d'une affection nerveuse.* — Elle peut survenir à la suite d'un ébranlement nerveux, d'un choc moral, chez une personne ne présentant aucun des stigmates de l'hystérie. Témoin, l'histoire de cette malade chez laquelle le Dr Soulier observa ce symptôme clinique isolé, qu'il crut avec raison pouvoir dénommer : hyperthermie apyrétique.

Il s'agissait d'une jeune femme de 25 à 30 ans, qui fut prise de narcolepsie, à la suite *d'un très grand chagrin. Elle n'a présenté*, ni avant, ni après, *des phénomènes d'hystérie.* Ce sommeil dura 36 heures. Dès le premier soir elle eut, à 6 heures, 41° de température, à 8 heures 42° 1/2. Le lendemain trois fois le thermomètre marqua 44°, aussi bien dans le vagin que dans l'aisselle. Cette malade, qu'il a examinée avec deux de ses confrères, appartenant à la Faculté et médecins des hôpitaux, n'a présenté *aucun symptôme fébrile ; la peau était à peine chaude ; le pouls n'était pas accéléré en rapport avec la température; les urines n'avaient pas le caractère fébrile.* Un traitement par les bains froids ou la nature médicatrice ont ramené l'état normal après trois jours. Et le Dr Soulier, pour expliquer ce cas, se demande si on ne pourrait pas

admettre une chaleur à l'état statique et une chaleur à l'état de tension ou dynamique, comme les physiciens l'admettent pour l'électricité.

L'hyperthermie apyrétique peut apparaître comme un phénomène isolé ou être associée à d'autres symptômes de l'hystérie non convulsive, cette *grande simulatrice*.

Il y a deux ans, je fus appelé auprès d'une jeune fille de 15 ans, présentant depuis longtemps déjà certains troubles hystériques. Brusquement, ainsi qu'il arrive en pareille circonstance, elle venait d'être atteinte d'*aphonie hystérique*. Malgré l'absence de tout phénomène fébrile, mais à cause de la coloration intense de son visage, je crus devoir prendre la température.

J'avoue que ma stupéfaction fut grande en lisant sur mon thermomètre 43° 6. Le lendemain à la même heure (9 heures du matin), ni aphonie, ni hyperthermie.

2° *Hyperthermie apyrétique symptomatique de fièvre intermittente méconnue.* — Alvarenga rapporte l'observation d'une malade affaiblie, sans tare viscérale, *ne présentant apparemment aucune élévation thermique*. Pour éclairer le diagnostic, il fit prendre la température jour et nuit très régulièrement, et ainsi il ne tarda pas à s'apercevoir que le thermomètre montait tous les quatre jours vers minuit à des hauteurs considérables (40° 2). Cette malade était atteinte de fièvre paludéenne intermittente sans le savoir.

3° *Hyperthermie apyrétique symptomatique de la lithiase biliaire.* — Si l'on est unanime à reconnaître qu'ordinairement la colique hépatique ne présente pas d'élévation de température, on admet aussi que dans certains cas (dans la moitié des cas pour Fürbringer), soit avant l'apparition des douleurs (Naunyn), soit dès le début des douleurs (Penberton), le malade peut être pris de violents frissons, que son pouls

peut s'accélérer, que son corps peut être brûlant, et que le thermomètre peut pendant quelques heures atteindre le chiffre de 40° et au delà. Dans ces cas-là, il y a fièvre (fièvre hépatalgique de Charcot), mais non hyperthermie apyrétique.

Il m'a été donné cependant d'observer un cas de lithiase biliaire presque silencieuse et dont les accès de colique hépatique se révélaient surtout par une élévation de la température. J'ai eu dans ma clientèle un homme de 60 ans qui assez fréquemment se plaignait d'une très légère douleur à l'hypocondre droit, à la région scapulaire droite, et de malaise général. Pendant la durée de ces troubles, seule la coloration du visage attirait mon attention.

Machinalement un jour je pris la température et malgré l'absence d'accélération du pouls, de frissons, de chaleur cutanée et d'urines fébriles, je pus lire 41°5 de température. Le lendemain la teinte subictérique des conjonctives me mettait sur la voie du diagnostic que confirmait la présence dans les selles minutieusement examinées d'un assez volumineux calcul du foie. Pendant trois fois j'ai observé l'hyperthermie apyrétique et pendant ces trois fois j'ai découvert un calcul dans les selles. Ce malade est mort depuis un an déjà, emporté par une pneumonie infectieuse survenue pendant le cours d'une poussée aiguë de néphrite chronique.

Il me semble donc que l'hyperthermie apyrétique peut parfois être regardé comme le symptôme d'un accès de colique hépatique, à forme silencieuse. N'observe-t-on pas, chez les vieillards principalement, des accès de colique hépatique, dont la fièvre est le seul témoin?

4° *Hyperthermie apyrétique symptôme précurseur de la tuberculose aiguë.* — Il y aura bientôt deux ans une jeune fille du Midi, sur l'avis de son médecin, venait dans nos montagnes de la Lozère faire une cure d'altitude. Son père et ses deux

frères venaient de payer leur tribut à la tuberculose. Quelques mois auparavant elle avait été atteinte elle-même d'une pleurésie dont la nature ne faisait aucun doute. Dès son arrivée je l'auscultai minutieusement, et, au sommet gauche seulement, je découvris quelques craquements et une respiration soufflante.

L'état général me semblait relativement satisfaisant, et si tout devait faire craindre une tuberculose pulmonaire chronique, rien ne faisait supposer une marche aiguë de cette terrible maladie. Cette jeune malade, que je voyais du reste très fréquemment, me fit un jour appeler, se plaignant d'une chaleur intense à la tête.

Son visage en effet était fortement coloré. La température fut prise immédiatement et le thermomètre monta à 42°6, et cependant le pouls n'était pas accéléré, les urines étaient normales et il n'existait pas de chaleur cutanée. Le lendemain je pus noter 41°5. Le surlendemain le tableau clinique avait changé : la température et les urines étaient normales, mais en revanche existait ce pouls rapide, continu et tenace, cette tachycardie, terrible symptôme prémonitoire de la tuberculose aiguë. Je portai un pronostic fatal et j'annonçai un dénouement rapide à la famille étonnée. Huit jours seulement avant la mort il y eut état de fièvre tuberculeuse.

Je suis à me demander si désormais nous ne devrons pas considérer l'hyperthermie apyrétique, survenant chez un sujet prédisposé à l'infection tuberculeuse, comme un prochain arrêt de mort. Pour ma part, dès que je l'observerai, je porterai un pronostic aussi funeste que lorsque je suis en présence d'un malade dont les sommets sont douteux et qui présente ce *pouls rapide, continu et tenace*, ce pouls qui ne se ralentit qu'au moment de la mort.

II. — HYPERTHERMIE APYRÉTIQUE ESSENTIELLE

Je n'ai jamais été en présence de cette forne clinique d'hyperthermie apyrétique. Peut-être l'hyperthermie apyrétique en apparence essentielle est-elle toujours symptomatique d'une affection méconnue? Je n'ose me prononcer à ce sujet, mais je dois citer l'observation publiée par le Dr L. Achard (1) : « Je viens de rencontrer dans ma clientèle, dit le Dr L. Achard, un cas curieux que je crois devoir vous signaler. Il y a quelques jours, je fus mandé chez une de mes malades, ma parente, qui souffrait d'un léger rhume, me dit-elle. Elle était dans son lit, à lire un ouvrage, le visage un peu coloré. A l'auscultation, quelques légers râles bronchiques... rien de sérieux; je pris sa température à l'aisselle et quelle ne fut pas ma stupéfaction lorsque je lus 42°4. Le pouls marquait 68 à la minute. Le tube digestif en assez bon état, bref aucun symptôme alarmant. Dans la soirée la température ne baissa pas au-dessous de 40° sans que la malade fût plus gênée pour cela.

La nuit fut bonne après un léger repas pris malgré mon ordre. Le lendemain vers 10 heures je trouve ma malade en compagnie de quelques amis venus la voir. « Docteur, je vais mieux. » Je place le thermomètre et je lis cette fois 43°6 (quarante-trois degrés six dixièmes). J'envoie immédiatement chercher deux thermomètres nouveaux chez moi ; tous deux marquent la même température que je fais lire par quelques personnes pour être bien certain de ne pas me tromper. Je ne pus malheureusement pas prendre la température rectale. Le pouls était à 60. Rien de particulier à

(1) Dr L. ACHARD. Un cas d'hyperthermie, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril 1902, p. 283.

l'intestin, rien de plus aux poumons. Deux heures après 40°. Dans la soirée 39° puis 38°5. La malade me certifiait qu'elle n'avait rien et se portait beaucoup mieux. Le lendemain la fièvre diminue puis disparaît sans autre phénomène. J'ai pensé d'abord à un accès pernicieux : il n'en était rien et il n'y avait aucun des symptômes de cette affection. Fièvre nerveuse? Je n'ai pu malheureusement faire aucune analyse d'urine ou de sang. Le petit nombre d'ouvrages que je puis avoir ne m'a pas permis non plus de faire des recherches bibliographiques. Je dois signaler ce fait : il y a dix mois, un matin, la même malade, un jour que je me trouvais chez elle, me dit avoir un peu chaud. Je pris sa température; elle avait 41°5. Je crus à un mauvais fonctionnement de mon thermomètre. La malade était debout, se mit à table avec d'autres convives, sans parler davantage de cette légère chaleur. »

De cette étude il ressort que malgré l'absence du syndrome fébrile, chez un malade dont le diagnostic est douteux, il faut méthodiquement et régulièrement prendre la température : de cette façon seulement l'hyperthermie apyrétique pourra être reconnue. Il faut rechercher ensuite si elle est essentielle ou au contraire symptomatique.

Il m'est impossible de dire actuellement quelle est la pathogénie de ce nouveau symptôme clinique.

L'hyperthermie apyrétique est insidieuse, et ne se révèle dans bien des cas que par une légère coloration du visage. L'organisme semble très bien supporter ces élévations souvent exagérées de la température, car elles ne sont que momentanées.

REVUE DES THÈSES

par Mme DURDAN-LABORIE

De la curabilité de la cirrhose alcoolique en particulier par l'opothérapie hépatique (M. J. MOURAS, *Thèse de Paris*, 1901, n° 278).

Jusqu'à ces dernières années, la cirrhose alcoolique du foie était considérée comme incurable.

Cependant la guérison apparente est possible, elle est prouvée par la disparition de l'ascite, et, jusqu'à un certain point des signes de petite insuffisance hépatique (hypoazoturie, urobilinurie, glycosurie alimentaire).

La meilleure voie d'absorption du traitement de l'opothérapie est la voie stomacale, surtout pour le foie en nature. Il faut s'approvisionner de foie frais, et le prescrire à la dose de 100 à 150 grammes par jour.

L'opothérapie doit être associée au régime lacté, et l'hygiène sera d'un grand secours dans la cirrhose alcoolique.

Ce traitement sera inefficace lorsque la cellule hépatique est très dégénérée, car l'opothérapie agit probablement en excitant les fonctions du foie.

Le massage direct du foie et des voies biliaires. Étude physiologique, thérapeutique et clinique (M. FRUMERIE, *Thèse de Paris*, 1901, n° 404).

La fréquence des malades de la glande hépatique et des voies biliaires, doit attirer nécessairement l'attention du clinicien sur cette région.

Il était dès lors assez naturel de se demander ce que doit faire

le massage, cette arme thérapeutique moderne, et sur laquelle on fonde actuellement tant d'espérance.

Le massage indirect du foie avait été fait, mais le massage direct sur la glande hépatique et les conduits biliaires n'a guère été tenté jusqu'ici.

L'auteur pense que les bons résultats obtenus par le massage abdominal doivent leur succès à l'action qu'il exerce sur la glande hépatique.

Ce massage débute avec l'effleurage, puis on procède à l'écrasement, en invitant le malade à exécuter des inspirations profondes ; ensuite viennent le pétrissage et les vibrations. Il est indiqué dans les cas de congestion, de ptose et d'hypertrophie de l'organe; dans l'insuffisance hépatique, et dans certains états morbides où il est rationnel d'invoquer un trouble du foie.

Dans le foie cardiaque, il sera fait avec prudence; il est contre-indiqué dans les cancers, certains cas de cirrhose graisseuse et de dégénérescence amyloïde. Enfin, les kystes hydatiques et les abcès.

Certains accidents, exceptionnels d'ailleurs, justifient l'emploi d'un massage prudent qui, joint au massage abdominal, semble être une arme thérapeutique fort utile.

Le paludisme. Prophylaxie individuelle (M. ANTONIOTTI. *Thèse de Paris*, 1901, nº 612).

La prophylaxie du paludisme est générale et individuelle ; on croyait autrefois que la malaria était produite par l'air et par l'eau. Aujourd'hui on sait qu'elle est inoculée par le moustique, la preuve en est faite expérimentalement.

Il faudra donc mettre tout en œuvre pour garantir l'habitant des pays insalubres de la piqûre des moustiques : moustiquaires, masques, gants; grillages serrés au niveau des portes et des fenêtres donnent d'excellents résultats, si ces moyens sont rigoureusement appliqués.

On devra, pour plus de garantie, donner la quinine à titre pré-

ventif. Pour qu'elle soit efficace, l'employer à des doses suffisamment élevées : 0,30 tous les jours, ou 0,50 tous les deux jours.

Traitement pathogénique du delirium tremens fébrile, par la cure de la balnéation froide. (M. SALVANT. *Thèse de Paris*, n° 248.)

Les bains froids, dans les maladies infectieuses, ont été employés de tout temps, mais ce n'est que vers le milieu de ce siècle que l'usage en devint régulier.

Au contact de l'eau froide la température centrale s'élève, puis elle s'abaisse progressivement. C'est un puissant diurétique par la suroxydation du sang qu'elle détermine.

C'est donc en jugulant l'élément hyperthermique que le bain froid agit, il vise directement l'infection et l'auto-intoxication du fébricitant et constitue ainsi, en l'absence de contre-indications cardio-vasculaires bien déterminées, une médication pathogénique et non pas symptomatique comme les autres médications habituelles employées en pareil cas.

La balnéation froide ne doit être employée que lorsque la température dépasse 39°. On réitère les bains à 18°, 10 à 15 minutes toutes les 2 ou 3 heures, jusqu'à cessation complète de l'hyperthermie et du délire.

Contribution à l'étude du tétanos. Étude comparée des différents modes d'introduction dans l'organisme de l'antitoxine tétanique (M. LEMONNIER, *Thèse de Paris*, 1901, n° 512).

Existe-t-il un traitement du tétanos? la sérothérapie curatrice a-t-elle quelque valeur, ou n'agit-elle au contraire que dans les cas favorables, dont l'évolution spontanée paraît devoir aboutir à la guérison. Existe-t-il, enfin, à côté du traitement sérothérapique des médicaments qui puissent lui être opposés?

Sur tous ces points les avis sont partagés ; l'auteur pense que l'agent spécifique étant connu, puisqu'on a pu isoler les poi-

sons, on peut arriver à créer un traitement pour cette affection.

Toutefois, le traitement symptomatique a une importance considérable.

La sérothérapie a été pratiquée en France par Richet et Héricourt, on peut y ajouter le traitement de Baccelli avec avantage.

Les injections de substances cérébrales doivent être rejetées; la voie intra-veineuse et la voie sous-cutanée sont les meilleurs procédés pour introduire le sérum antitétanique dans l'organisme. La voie intra-cérébrale doit être abandonnée, et la voie sous-arachnoïdienne est encore trop nouvelle pour pouvoir être recommandée.

Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein et à leur traitement (M. Champenois, *Thèse de Paris*, 1901, n° 566).

Les kystes hydatiques du rein sont rares comparés aux kystes de même nature développés dans d'autres régions.

L'évolution du kyste hydatique du rein est lente, insidieuse mais progressive; ils n'ont que très exceptionnellement tendance à la guérison. Les complications en sont graves, le diagnostic délicat.

L'opération s'impose, celle-ci sera faite de préférence par la voie lombaire. Si le tissu rénal est détruit et que l'autre rien soit bon, ne pas hésiter à pratiquer la néphrectomie d'emblée.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



Médecine et religion. — Prophylaxie des maladies vénériennes. — La guerre au corset. — Le cancer en Allemagne. — La santé du roi Édouard VII. — Grève de sages-femmes. — Les agents panseurs. — Gigantisme et infantilisme. — Inauguration de l'Académie de médecine.

Les « Christian scientits » qui ont substitué la prière et la suggestion à toute assistance médicale pour guérir les maladies des humains, ont aussi déclaré la guerre aux vétérinaires et appliquent leur système aux animaux avec succès, assurent-ils. La *Gazette médicale de Paris* nous apprend que Mme Eddy, une des lumières de la « Christian science », vient de rendre, « à la suite d'un traitement mental », toutes ses plus brillantes performances à un cheval de course, Lord Vincent, qui, après avoir fait merveille sur le turf, avait dû en être retiré malade, fourbu et incurable !

°°°

La Société française de prophylaxie sanitaire et morale va avoir aux États-Unis une sœur cadette. La section de dermato-

logie et de syphiligraphie de l'*American medical Association* vient, en effet, d'émettre le vœu de voir se fonder aux États-Unis une Association américaine médicale pour la prophylaxie des maladies vénériennes.



Le ministre de l'Instruction publique de Roumanie vient d'interdire le corset aux élèves des lycées et écoles professionnelles de jeunes filles. Le ministre a rendu toutes les directrices d'écoles responsables de l'observance de cette mesure. En cas d'infraction au règlement, on leur mettra la camisole de force. *Similia similibus!* La correction est homéopathique.



La commission allemande qui, sous la présidence de Leyden, a commencé une enquête en octobre 1900 sur la fréquence du cancer, vient de publier un premier rapport établissant qu'il existe en Allemagne 4.430 hommes et 7.714 femmes soignés pour cette maladie. La proportion est de 245 par million d'habitants. Les malades âgés de plus de 70 ans sont les plus nombreux. Le cancer des voies digestives représente 70 p. 100 de la totalité des cas.



La vue du roi d'Angleterre, dit le *Journal*, s'est affaiblie, paraît-il, en ces derniers temps, d'une façon assez alarmante. Cette maladie est, malheureusement, héréditaire dans la maison de Hanovre, dont le dernier roi était aveugle depuis l'âge de 30 ans. En juillet dernier, le roi fut examiné par Pagenstescher, le célèbre oculiste allemand, qui était venu à bord du yacht royal, à Cowes. Ce fait avait été soigneusement caché au public. Maintenant, le bruit court que le roi souffrirait d'une maladie de la gorge, car sir Félix Shnon, le grand spécialiste anglais des mala-

dies du larynx, a été appelé plusieurs fois auprès de Sa Majesté et a dîné avec elle, dernièrement, à Balmoral.



Une grève originale, c'est, à coup sûr, celle qui vient d'éclater à Vienne. Les sages-femmes, au nombre de 600, dit la *République Française*, viennent d'y adopter un projet de résolution, dans lequel elles déclarent « ne plus vouloir se contenter des honoraires facultatifs que veulent bien leur allouer les familles intéressées. Elles demandent donc que désormais leurs services soient taxés suivant un tarif à établir, sinon, la cessation du travail » ! Naturellement, devant cette mise en demeure, les pères de familles sont inquiets; mais les futures mamans le sont encore bien davantage. On espère, toutefois, que les choses finiront par s'arranger.



Un commissaire de police de Paris a récemment signalé, paraît-il, à M. Lépine, l'utilité que présenterait la création d'agents panseurs. Le plus souvent, en effet, les personnes blessées sur la voie publique le sont légèrement et peuvent regagner leur domicile après un pansement sommaire dans une pharmacie. Or, les frais du pansement restent à la charge de la préfecture de police et représentent, chaque année, un total important, sans compter que les élèves en pharmacie ne sont pas toujours très experts dans l'art des pansements. On pourrait fournir les postes de boîtes de pansement et faire suivre aux agents des cours pratiques pour les mettre en mesure de donner sur place aux blessés les soins convenables. Cette mesure permettrait de réaliser une économie notable. Le *Journal*, du 29 septembre 1902, annonce cette proposition. La création des agents panseurs est désirable non seulement par raison d'économie, mais parce qu'il serait fort avantageux pour le public de recevoir des soins en cas d'urgence de personnes instruites à donner ces soins.

°°°

Un géant âgé de 30 ans, qui n'a jamais cessé de grandir et dont la taille atteint actuellement 2m04, a été présenté à une des dernières séances de la *Société de neurologie* par MM. Lannois et Pierre Roy qui ont plus spécialement appelé l'attention sur les signes d'infantilisme, aussi bien génital que psychique, observés chez ce sujet et sur le genu valgum très accusé dont il est porteur, survenu à l'âge de 27 ans.

Le fait le plus intéressant, c'est que les radiographies montrent la persistance des cartilages épiphysaires au genou, au poignet et aux doigts. Cette persistance très anormale, constatée déjà sur quelques squelettes, mais démontrée ici pour la première fois sur un géant vivant, explique non seulement la croissance démesurée et le genu valgum tardif, mais aussi la systématisation du gigantisme aux membres et surtout aux membres inférieurs, comme elle se retrouve chez les eunuques, les animaux châtrés précocement, enfin chez un grand nombre de géants et en particulier chez ceux qui présentaient de l'atrophie génitale.

Après avoir présenté le type infantile, ce géant présentera-t-il le type acromégalique? L'augmentation en trois ans des dimensions de son maxillaire inférieur laisserait présumer l'hypertrophie de son corps pituitaire par une sorte de suppléance de l'insuffisance testiculaire, et l'acromégalie est à craindre.

°°°

La date du 25 novembre marquera dans l'histoire de l'Académie de médecine. C'est en ce jour qu'ont été inaugurés, en présence du Président de la République, les nouveaux locaux dignes d'elle et attendus depuis si longtemps.

CHRONIQUE

Panacées d'autrefois.

LA TRANSPLANTATION DES MALADIES ET LA MÉDICATION PAR LES TRANSFERTS,

par le Dr CABANÈS.

Les ouvrages des médecins spagyristes sont pleins de récits merveilleux se rapportant à la *médecine transplantatoire*, dont les procédés sont encore de nos jours pratiqués, soit sous leur forme primitive (1), soit sous la forme, d'apparence plus scientifique, connue sous le nom de *transferts*.

---

(1) M. HASDEN, membre de l'Académie des Sciences et professeur à l'Université de Bukarest, écrivait à M. de Rochas, à la date du 5 février 1900 :

« Je dois vous communiquer un fait très important et bien contrôlé ; je pouvais vous le communiquer depuis trois ans, mais j'attendais toujours pour constater le succès complet.

« Ma femme souffrait terriblement de la goutte depuis 1890. Jusqu'en 1894 les médecins se contentaient de répéter « la goutte », en ajoutant sentencieusement « l'âge », mais pas de remède. C'est précisément alors que vous m'avez envoyé votre livre sur « l'Extériorisation de la sensibilité ». Or, j'ai trouvé, p. 143, le cas cité par Fludd : « Prendre des ongles des

Dans les races inférieures, cette croyance a cours à savoir qu'une maladie ou une influence mauvaise se transforme en un être personnel, qui n'est pas seulement transmissible par un objet dans lequel il se trouve, bien que cette pensée soit sans doute au fond de la croyance, mais qui peut encore être enlevé du corps du malade et transféré dans quelque autre animal ou dans quelque autre objet. Ainsi on considère qu'il est funeste, pour une femme hindoue, de devenir la troisième femme d'un homme; en conséquence on a soin de marier d'abord le fiancé à un arbre qui meurt aux lieu et place de la femme; de même

---

« pieds et du poil des jambes des goutteux et les mettre au trou qu'on perce « dans le tronc d'un chêne jusqu'à la moelle; et ayant bouché ce trou avec « une cheville faite du même bois, couvrir le dessus avec du fumier de « vache». J'ai conduit ma femme dans ma maison de campagne de Campina, où il y a des chênes et j'ai exactement suivi la recette de Fludd..... Une semaine après, ma femme ne sentait plus de douleurs. Au bout de trois mois, elle était complètement guérie et même ses doigts déformés avaient commencé à reprendre la forme normale. Cela a duré jusqu'au printemps de 1899 où elle a ressenti de nouveau quelques accès de goutte. Nous avons alors troué un nouveau chêne, nous avons opéré de même et dès le lendemain ma femme se portait admirablement bien. »

J'ai eu l'occasion de lire, ces jours-ci, cette observation à M. Van der Naillen, directeur de l'École polytechnique de San Francisco, qui en a été d'autant plus frappé qu'il avait été lui-même témoin d'un fait analogue il y a quelques années.

Il traçait un chemin de fer en Californie et un de ses ouvriers en abattant un arbre se fit à la jambe, avec sa hache, une profonde entaille qu'on s'empressa de bander fortement pour arrêter l'hémorragie. Un des assistants conseilla de prendre le premier linge imbibé de sang et de le porter immédiatement à un médecin des environs qu'on nommait le médecin par sympathie et qui opérait à distance des cures merveilleuses. On fit comme il l'avait dit. Le médecin, après avoir reçu le linge sanglant, prit une grosse tarière, fit un trou dans un chêne vigoureux, plaça au fond ce linge, puis le reboucha au moyen d'une cheville enfoncée à grands coups de maillet. On constata, non sans étonnement, que « la cicatrisation de la plaie marcha, à partir de ce moment-là, avec une rapidité tout à fait anormale ». (Lettre publiée par M. le Dr Hahn, dans la *Lumière*, 1900 ou 1901.)

aussi, après la naissance d'un enfant chinois, on pend dans la chambre qu'il habite la culotte de son père retournée à l'envers, de façon que les influences mauvaises entrent dans la culotte au lieu d'entrer dans l'enfant (1).

On croit atteindre une personne éloignée en agissant sur quelque chose qui a été en contact avec elle, par exemple, ce qui lui appartient, les vêtements qu'elle a portés et, par-dessus tout, les rognures de ses cheveux et de ses ongles.

Les sauvages plus ou moins bas placés sur l'échelle sociale, tels que les Australiens et les Polynésiens, les nations barbares, telles que les nègres de la Guinée, vivent dans une crainte mortelle de cet art malfaisant; aussi est-il prescrit aux Parsis, dans leur rituel, d'enterrer les rognures de leurs cheveux et de leurs ongles, de peur que les démons et les sorciers n'en fassent mauvais usage contre eux (2).

Ces croyances datent de loin : Pline rapporte déjà comment on peut guérir les maux d'estomac en faisant passer le mal du corps de celui qui en est atteint dans le corps d'un petit chien, ou d'un canard qui y succombera; et du même coup le malade sera sauvé.

Ces mêmes idées se retrouvent dans les traditions populaires modernes. L'ethnographe, a fait observer Tylor, peut encore, en effet, étudier la magie blanche des paysans européens; l'art de guérir la fièvre ou le mal de tête, en les transférant à une écrevisse ou à un oiseau; l'art de se débarrasser de la fièvre intermittente, de la goutte ou des verrues, en communiquant ces maladies à un saule, à un sureau, à un pin ou à un frêne; il va sans dire qu'il faut pour cela prononcer en même temps certaines formules incantatoires.

(1) Edward B. Tylor. *La civilisation primitive*, t. II.
(2) Tylor. *Op. cit.*, t. I.

L'idée qu'en joignant deux objets avec une corde, l'on peut établir une communication matérielle ou morale, a été mise en pratique dans différentes parties du monde.

En Australie, les médecins indigènes attachent le bout d'un cordon (1) à la partie malade et prétendent en suçant l'autre bout, attirer le sang de façon à la soulager.

Sur la côte d'Orissa, la sorcière djeypoure jette une pelote de fil à travers le plafond de la maison de son ennemi et elle s'imagine pouvoir sucer son sang en mettant une des extrémités du fil dans sa bouche.

Quand un renne est sacrifié à la porte de la tente d'un malade ostyak, celui-ci doit tenir la corde qui attache la victime offerte à son intention.

Dans la Thuringe, il a été longtemps de tradition — peut-être cette croyance n'a-t-elle pas encore complètement disparu — que, si un malade touche un chiffon ou un petit objet et qu'on place cet objet sur un buisson, le long d'un sentier fréquenté, la personne qui, en passant, se trouvera en contact avec cet objet, attrapera la maladie et en débarrassera le malade.

Ces divers exemples semblent donner une grande probabilité à la remarque faite par le capitaine Burton : ce voyageur pense, en effet, que les chiffons, les boucles de cheveux et les mille objets suspendus aux arbres, près des lieux consacrés par tous les peuples superstitieux, du Mexique aux Indes, et de l'Ethiopie en Irlande, ne sont déposés là que comme des réceptacles de certaines maladies ; et il cite,

---

(1) « Dans le nord-est de l'Écosse, si un animal domestique devient malade, on tresse à centre sens une corde de paille, on en réunit les extrémités et on fait passer au travers l'animal et un chat ; la maladie est transférée dans ce dernier ; il meurt et l'autre guérit. » (*Un vieux rite médical*, par Gaidoz, p. 64-65.)

comme preuve de cette coutume, qui persiste encore dans certains pays civilisés; les arbres du démon en Afrique et les arbres sacrés du Sindh, chargés de chiffons, auxquels les habitants ont transféré leurs maladies (1).

Tous ces faits démontrent combien est ancienne la doctrine de la transplantation. Mais c'est surtout au XVIe siècle qu'elle a pris corps et c'est cet étrange illuminé de Paracelse (2) qui semble en avoir été l'initiateur.

---

(1) Tylor. *Op. cit.*

(2) Nous allons citer ici même un extrait de ce prodigieux thaumaturge : « L'homme possède un pouvoir magnétique par lequel il peut attirer certains effluves de bonne ou de mauvaise qualité, de la même manière qu'un aimant attire des parcelles de fer. On peut préparer avec du fer un aimant qui attire le fer; on peut aussi en faire un avec une substance vitale qui attirera la vitalité. On appelle un tel aimant de cette sorte *magnes microcosmi*, et on le prépare avec des substances qui ont demeuré un certain temps dans le corps humain et qui sont imprégnées de sa vitalité. Tels sont les cheveux, les excréments, l'urine, le sang, etc. Si l'on désire se servir des excréments, il faudra les faire sécher dans un endroit ombragé, sec et modérément chaud, jusqu'à ce qu'ils aient perdu leur humidité et leur odeur. Au moyen de ce procédé, toute la *mumia* s'en échappe, et ils deviennent, pour ainsi dire, affamés de nouvelle vitalité. Si l'on applique un aimant de cette espèce sur une partie du corps du malade, il attire et absorbe la vitalité de cette partie, de la même manière qu'une éponge absorbe l'eau. Il peut ainsi diminuer l'inflammation existant dans cette partie du corps, parce qu'il attire la surabondance de magnétisme apporté en cet endroit par l'afflux du sang. La mumia venant du corps d'une personne continue à rester pendant un certain temps en rapport sympathique avec la mumia enfermée dans cette personne, et toutes deux agissent magnétiquement l'une sur l'autre. Si donc la mumia est enlevée d'une partie malade par un aimant microcosmique, si cet aimant est mêlé à la terre, et si l'on y plante une herbe, la mumia contenue dans l'aimant sera transférée dans la plante, perdra son principe morbide et réagira d'une manière bénéfique sur la mumia contenue dans le corps du patient; mais il est nécessaire que la plante choisie porte la signature de la maladie qui affecte le patient, afin qu'elle puisse attirer l'influence spécifique des astres. C'est ainsi que les éléments morbides peuvent être magnétiquement enlevés à une personne et inoculés à une plante. C'est ce qu'on nomme la transplantation (*le transfert*) des maladies; on peut également d'une manière similaire transférer des maladies à des animaux vigoureux et

Paracelse donnait le conseil de faire coucher des animaux avec des individus malades, dans l'espérance que les affections de ces derniers leur seraient transmises (1).

Après lui, on peut citer, dans l'ordre chronologique, le chancelier F. Bacon. L'anecdote suivante, dont il fut le héros, témoigne de sa foi dans la médication singulière que nous étudions.

« Dès ma plus tendre enfance, raconte-t-il (2), j'ai eu une verrue à un doigt, puis vers l'âge de 15 à 16 ans, durant mon séjour à Paris, il en parut un grand nombre sur mes deux mains, ce qui allait au moins à cent et cela dans l'espace d'un mois. L'ambassadrice d'Angleterre, femme qui n'était nullement superstitieuse, me dit un jour qu'elle voulait me débarrasser de toutes ces verrues. Elle se fit donc apporter un petit morceau de lard, où elle laissa la couenne, et avec le gras elle frotta toutes ces verrues, surtout celle que j'avais depuis mon enfance; puis, ayant suspendu ce morceau de lard à un clou, en dehors d'une fenêtre de son appartement, et au midi, elle le laissa dans cet endroit, où étant ainsi exposé aux rayons solaires, il se putréfia assez promptement. Le résultat de cette expérience fut que, dans l'espace de cinq semaines, toutes mes verrues disparurent, même celle qui datait presque d'aussi loin que moi... On obtiendra, dit-on, le même effet, si, après avoir frotté les verrues avec une branche de sureau encore verte, on la met dans du fumier afin qu'elle s'y putréfie (3). »

---

sains ou même à d'autres personnes, et maintes pratiques de sorcellerie sont basées sur ce fait. C'est ainsi qu'on peut guérir des maladies chez une personne et les faire apparaître chez une autre... »

(1) Postel. *Etudes philosophiques... sur le magnétisme* (Caen, 1860).

(2) Dans le *Sylva Sylvarum*, § 993, cité par Postel, *op. cit.*, p. 67, note 3.

(3) Ce procédé était au moins inoffensif et ne pouvait faire de mal à

C'est d'un moyen à peu près analogue que se servait un certain Johannus Rumelius Pharamandus.

Ce docteur, au dire de Robert Fludd (1), prenait des ongles des pieds et du poil des jambes des goutteux et les mettait en un trou qu'il perçait dans le tronc d'un chêne jusqu'à la moelle; puis ayant bouché ce trou avec une cheville faite du même bois, il couvrait le dessus avec du fumier de vache.

Si la maladie ne revenait pas dans l'espace de trois mois, il concluait que le chêne avait assez de force pour attirer à lui tout le mal (2).

La transplantation s'opérait, d'après Fludd, par l'effusion de la *mommie* ou *mummie*, c'est-à-dire « des esprits qui résident dans le sang » et qu'on peut faire passer dans un animal, dans un arbre ou dans une plante. Il prouvait l'existence de cette « mummie » par l'expérience de plusieurs chiens qui, ayant perdu leur maître, dans une grande foire, le suivaient partout où il avait passé, *bien qu'il fût à cheval*, et enfin le trouvaient, grâce à cette mummie spécifique, qui transpirait sans cesse du corps du maître et laissait des traces

---

personne. Mais il en est un autre qui est, selon l'expression d'un Anglais lui-même, le comble de l'égoïsme! « En Angleterre, par exemple, écrit Tylor, on croit qu'on peut se débarrasser des verrues en touchant chacune d'elles avec un caillou; puis on place ces cailloux dans un sac qu'on abandonne sur la route conduisant à l'église, dans le but de transférer la maladie à quiconque ramassera le sac.

« En Allemagne, on place à l'embranchement de plusieurs chemins un emplâtre qui a servi au malade, de façon à transmettre la maladie à un passant; enfin, d'excellentes autorités m'affirment que les bouquets que les enfants offrent aux voyageurs dans les parties méridionales de l'Europe sont, la plupart du temps, donnés dans le but de se débarrasser de quelque maladie que l'on a transmise au bouquet. »

(1) Cf. HŒFER, *Hist. de la Chimie*, t. II, p. 177.

(2) *Philosophia mosaïca*, lib. II, memb. folio 120, sect. 2, in *La Physique occulte*, de l'abbé DE VALLEMONT, ch. IX.

de sa personne dans l'air, longtemps même après qu'il n'y était plus.

Admettant cette hypothèse comme fondée, il ne s'agissait plus que de trouver une matière à laquelle la « mommie » de la partie malade se pût fixer aisément, afin que cette matière lui servît comme de véhicule, pour le transporter dans un animal ou un végétal; ou pour « la faire adopter », selon le langage de Paracelse, aux animaux, ou aux végétaux (1).

En conséquence, on appliquait, sur la région malade, une graine ou une plante spéciale : sur la région du cœur, de la graine de lin ou de genièvre; sur le ventre du malade atteint d'hydropisie, de la pimprenelle ou de l'absinthe; sur les tumeurs ou les plaies, de la persicaire ou de la consoude, etc. On semait la graine ou la plante choisie dans un peu de terre préparée et d'autres terres d'une nature particulière. On laissait croître ces plantes, jusqu'à ce qu'elles aient attiré à elles les « mommies ». Après quoi, on les brûlait avec la terre, si la maladie était « humide » ; ou bien, on les mettait sécher, si la maladie n'était ni trop sèche, ni trop humide. A mesure que la plante mourait et se desséchait, le malade recouvrait la santé.

Si le malade avait de la chaleur, comme chez les pulmoniques, on jetait la plante et la terre dans une eau courante.

Enfin, si l'on faisait manger la plante imprégnée des corpuscules morbifiques à quelque animal plus robuste que le malade, la bête prenait le mal et le sujet en était délivré.

Il n'était pas nécessaire que le médecin vît le malade; la

(1) De Vallemont, cité par de Rochas, *l'Extériorisation de la sensibilité*.

mommie se tirait, en effet, non seulement de la transpiration, mais encore de la sueur, du sang, de la peau, des cheveux, de l'urine. Ainsi, un « homme de qualité », qui exerçait ses talents en Angleterre, guérissait de la jaunisse un malade fort éloigné, pourvu qu'il eût de son urine.

Il procédait de la sorte : il mêlait cette urine avec des cendres de bois de frêne et il en formait 3 ou 7 ou 9 petites boules. Ayant fait au haut de chaque boule un trou, il y mettait une feuille de safran et le remplissait de la même urine. Ensuite, il rangeait les boules à l'écart dans un lieu où personne ne pouvait aller, et dès lors le mal commençait à disparaître. Robert Fludd assure sérieusement qu'une centaine de personnes et plus, de toutes conditions, furent guéries par le gentilhomme anglais.

Dans le même ordre d'idées, Balthazar Wagner prétend avoir souvent guéri la rougeur et l'inflammation des yeux, en appliquant sur la nuque du patient de la racine de mauve, « cueillie quand le soleil est vers le quinzième signe de *Virgo* ». Cela supposait, au moins, quelques connaissances astrologiques (1).

Plus simple était le procédé d'un certain PASSAROLUS pour vous débarrasser des hémorroïdes. Il suffisait de les toucher avec un oignon de tubéreuse sèche. S'il se corrompait, il ne tardait pas à en arriver autant aux hémorroïdes. Aussi recommandait-il qu'on eût surtout la précaution de mettre l'oignon sécher à la cheminée.

Cette théorie de la transplantation des maladies se retrouve

---

(1) On voit ici qu'il est indispensable que le médecin connaisse à fond l'astrologie, ainsi que le déclare le docteur Franz HARTMANN dans les *Quatre Piliers de la médecine*, et comme l'a péremptoirement démontré le Dr H.-E. LALANDE, dans sa remarquable thèse sur ARNAULD DE VILLENEUVE.

au fond des rites innombrables de la médecine superstitieuse. Pour nous en tenir à la transmission aux végétaux, il existe encore, dans nombre de pays, la croyance que l'on peut se guérir d'une maladie en passant par une ouverture ou en mettant à profit la cavité d'un arbre (1). Cette coutume dérive évidemment de la transplantation (2).

---

(1) Cf. l'opuscule, très curieux et si nourri de faits, de M. Gaidoz, *Un vieux rite médical*. Paris, librairie Rolland, 1892.

(2) En Limousin, M. Gaston Vuillier a recueilli un certain nombre de faits qui paraissent se rattacher directement à la « transplantation » des maladies et montrent qu'à l'heure actuelle cette bizarre médication est encore pratiquée.

« Boudrie, meunier du Gaud, à Gimel, était réputé pour ses pouvoirs occultes ; il obtenait, disait-on, des cures merveilleuses. On lui amena un jour un homme au visage amaigri.

« — Tu as une bien mauvaise fièvre, lui dit Boudrie, après l'avoir considéré.

— Oh ! oui, dit l'autre tout pâle et frissonnant; si vous pouviez me guérir !

— Eh bien, suis-moi ! »

« Ils gravirent la pente, car le moulin, en ruine aujourd'hui, était au fond d'un ravin sur le bord du torrent. Arrivés à mi-côte, le metze s'arrêta :

« Regarde, dit-il, ce chêne, il va trembler comme toi et mourir, tandis que tu guériras. »

« Et, me disait un témoin oculaire, — qui prétendait du moins avoir assisté à cette scène, — devant nous l'arbre se prit à trembler dans toutes ses feuilles, dans toutes ses branches, le tronc lui-même était secoué comme si un grand vent eût soufflé. Les feuilles frémissantes jaunissaient à vue d'œil et tombaient. Le lendemain l'arbre était mort et le malade peu à peu renaissait. Il guérit... »

Souvent le sorcier prend au malade de sa fièvre, dont il se débarrasse ensuite lui-même en la donnant soit à un arbre, soit à un buisson. Cette transplantation est fréquemment pratiquée.

La transplantation des maladies est également pratiquée en Sicile d'une façon plus directe encore. Dans la nuit de l'Ascension, à minuit précis, le goitreux mord l'écorce d'un pêcher. Ainsi, dit-on, la salive se mêle à la sève de l'arbre, dont les feuilles ne tardent pas à se flétrir et à se dessécher, à mesure que le malade recouvre la santé.

De même, dans la nuit du 12 au 13 janvier, pour la fête de sainte

∴

Cette doctrine de la transplantation a été, comme bien on pense, vivement attaquée quand elle se produisit. On rompit pas mal de lances en sa faveur et aussi contre elle. Les uns, tout en ne niant pas la propagation des maladies, étaient d'avis que la prétendue transplantation était purement chimérique. Ce fut l'opinion soutenue par un médecin de Hambourg, pour qui rien n'était plus incertain que cette guérison magnétique (1).

Par contre, Gaspard Bartholin (2) se constitua le champion de la médecine transplantatoire.

Il fut soutenu dans la lutte par des physiciens et chimistes éminents : Robert Boyle, Frommann (3), Harvey,

---

Lucie, les gens atteints de maux d'yeux mordent l'écorce du grenadier dans la persuasion qu'ils vont guérir.

Parfois, en Limousin, au hasard d'un défrichement, ou par suite de toute autre circonstance, on découvre un petit paquet de linge soigneusement dissimulé dans le fourré d'une haie d'aubépine. Ce linge a essuyé les plaies d'un paysan qui a voulu ainsi cacher son mal, ou plutôt qui a voulu s'en débarrasser au détriment de l'arbusto. On ne doit jamais toucher à ces chiffons maculés, sinon, d'après la croyance populaire, les plaies du malade qui a recouvré la santé par ce moyen, ne tarderaient pas à se rouvrir. (*Tour du monde*, 1899.)

(1) *De transplantatione morborum analysis nova*, par Hermanus Grube. Hambourg, 1674.

(2) Il s'agit ici du professeur de Copenhague, et non de l'anatomiste. Dans son *Syntagma medicum et chirurgicum de cauteriis, præsertim potestate agentibus, seu ruptoriis* (Hafn, 1642, in-4°), il recommande à l'empereur Rodolphe un prophylactique infaillible pour corriger l'air pestilentiel, qu'il avoue devoir à la bienveillance de son concitoyen Tycho-Brahé, homme, dit-il, incomparable autant par ses connaissances en astronomie que par *son savoir spagyrique*. (Cf. Postel, *op. cit.*, p. 67, note 2.)

(3) Frommann assure qu'un écolier, atteint de fièvre maligne, la commu-

Frédéric HOFFMANN (1), BORELLUS (2) pour ne citer que des savants qualifiés.

Entre autres exemples de guérison par la transplantation, BARTHOLIN raconte que son oncle, souffrant de vives coliques, en fut guéri par un chien qu'on lui plaça sur le ventre, et que sa servante fut soulagée d'une odontalgie par ce même chien mis sur sa joue. L'animal, prouvant par ses cris qu'il ressentait les mêmes douleurs, était un témoignage que la maladie ne s'était pas guérie d'elle-même.

Ailleurs, Bartholin affirme qu'un malade, atteint de jaunisse, la repassa à un chat par la simple cohabitation (3).

---

niqua à un chien qu'il mettait coucher dans son lit : le chien en mourut et son maître fut sauvé (*De fascinat. magit.*).

Cela n'a rien de plus extraordinaire que les nombreux cas de contagion de l'homme à l'animal et inversement, qu'on signale tous les jours (jaunisse du chien, rougeole du singe, diphtérie des oiseaux de basse-cour, clavelée du mouton et variole humaine, etc.).

(1) HOFFMANN dit qu'un homme qui était tourmenté de la goutte en fut délivré par un chien qui la prit, parce qu'il couchait dans son lit, et que, de temps en temps, cet animal avait la goutte, comme son maître l'avait auparavant. (Cf. Fr. HOFFMANN, *De potentia diaboli in corpora*, dans ses *Œuvres*, t. V, p. 94. Ed. Genève, 1737, in-f°.)

(2) BORELLUS recommandait de se servir de la transplantation comme moyen de diagnostic.

« Si on met, dit-il, coucher un petit chien durant quinze jours avec un malade, si on le nourrit des restes de ce que le malade mange, et s'il lèche ses crachats, il est certain qu'il prendra le mal de cette personne. Il n'y a après cela qu'à ouvrir le chien, et on découvre dans la partie qui a contracté la maladie, celle du malade qu'il faut soulager. »

Le même ordonnait de mettre des petits chiens dans le lit d'un goutteux pour qu'ils attirassent au moins une partie du mal. (BORELLUS, cent. 3, observat. 20, cité par de ROCHAS, *op cit.*)

(3) Ceci explique un fait, en apparence monstrueux : la sodomie bestiale, pratiquée le plus inconsciemment du monde par les Arabes. Mahomet permettait, d'ailleurs, la fornication avec des animaux, à la condition que ce fût dans un but curatif. Ainsi, il est permis, d'après le Coran, de forniquer avec des animaux femelles, quand on est atteint de « gonorrhée simple ou syphilitique » ; on expliquerait de la sorte, s'il faut en croire notre confrère Paul DE RÉGLA, les nombreux cas de bestialité qui, au début

Dans un autre endroit, il propose ce moyen de se délivrer de la fièvre intermittente : un fébricitant imbiba de sa sueur un morceau de sucre qu'il offrit à un chien ; l'animal gagna la fièvre à la place du malade (1).

Une personne attaquée d'une fièvre quarte fut guérie en se mettant du pain chaud sous l'aisselle et le donnant, tout imprégné de cette sueur, à manger à un chien.

Une autre fut guérie de la jaunisse en faisant un gâteau pétri avec de l'urine et de la farine et le donnant à manger à un chat (2).

Pour donner plus de force à son argumentation, Bartholin ne craignit pas d'invoquer même les livres sacrés. Allant chercher ses exemples dans l'Écriture, il prétendit que Moïse pratiquait quelque chose de semblable ; et même le fils de Dieu, quand il fit passer le démon du corps d'un possédé dans celui de pourceaux.

Il aurait pu, tant qu'il était en veine de citations, rappeler

---

de notre conquête algérienne, amenaient fréquemment des Arabes devant nos tribunaux militaires. Ces Arabes, surpris le plus souvent dans les écuries de notre cavalerie en flagrant délit de bestialité, semblaient très étonnés des condamnations qui les frappaient. Longtemps on ne crut point à leurs déclarations ; mais, à la longue, informations prises, il fallut bien constater que c'était là un moyen thérapeutique et non une dépravation du sens génésique. (Cf. Paul DE RÉGLA, *El Ktab*, les Lois secrètes de l'Amour ; Paris, G. Carré, 1893, notamment aux pages 63-64, 277-278, etc.)

A propos de guérison d'une maladie vénérienne par le transfert à un sujet sain, nous nous souvenons avoir entendu, à Lourcine, maints parents d'enfants souillés par un individu atteint de blennorrhagie, rapporter que cet individu, pour se justifier, avait prétendu qu'il était persuadé de guérir de la sorte de la chaude-pisse dont il était atteint en la transmettant à une vierge.

Encore un ressouvenir évidemment de la doctrine de la transplantation.
(A. C.)

(1) POSTEL. *Op. cit.*

(2) *Physique occulte*, de l'abbé DE VALLEMONT, *loc. cit.*

le passage du troisième *Livre des Rois*, opportunément retrouvé par Cabanis (1).



Les théories de Bartholin furent acceptées, comme paroles d'Évangile, pendant tout le XVIIIe siècle (2). Nous les avons vues renaître dans les milieux scientifiques (3), il y a quelques années à peine.

En 1885, le Dr Babinski, alors chef de clinique de Charcot, à la Salpêtrière, communiquait à la *Société de psychologie physiologique*, dans sa séance du 25 octobre, le résultat d'une série d'expériences de *transfert* d'une maladie d'un sujet à l'autre.

Le Dr Luys reprenait un peu plus tard ces expériences, dans son service de la Charité, avec un retentissement qu'on n'a pas encore oublié.

« Sa première méthode, nous dit M. de Rochas (4), qui

---

(1) Cf. *Rapports du physique et du moral*, t. II, p. 540.

(2) Cf. le *Dictionnaire des sciences médicales*, en 60 vol., 1821, t. LV, p. 505.

(3) Nous ne parlons pas de ce qui se pratique encore dans le peuple : il y aurait trop à dire. Récemment le Dr Legué nous racontait qu'on faisait aux Halles, un véritable commerce de pigeons, sacrifiés vivants, pour être appliqués sur la tête des enfants atteints de méningite. Cette idée n'est pas née d'hier. Un voyageur du commencement du XIXe siècle a rapporté le fait suivant, à peu près analogue (la région seule diffère), qu'il avait été à même d'observer *de visu* :

« Dans un cas pareil (convulsion des enfants), je fus témoin à Batavia d'une cure très extraordinaire. On prit un jeune pigeon qu'on dépluma dans la région de l'anus; on le pressa contre l'anus de l'enfant malade. En peu de minutes, le pigeon eut de fortes convulsions et mourut; on le remplaça aussitôt par un autre qui eut le même sort, et on continua ainsi jusqu'à ce que l'enfant fût sauvé. » *Mémoire* de M. Sarlandière (J.-B.), *sur l'électro-puncture... et sur l'emploi d'un moxa japonais en France....* avec fig. japonaises. Paris, l'auteur; Mlle Delaunay, 1825, in-8°.

(4) Cf. *l'Extériorisation de la sensibilité.*

assistait à ces mémorables expériences (nous allions écrire à ces représentations), consistait à mettre le malade en communication par les mains avec le sujet en face duquel il était assis... Au bout de quelques passes, on poussait le sujet jusqu'au somnambulisme et on constatait alors qu'il avait pris la personnalité nerveuse psychique du malade, se plaignant des mêmes malaises, présentant les mêmes infirmités. On guérissait ensuite le sujet par suggestion et on le réveillait; puis on recommençait, un certain nombre de jours, la même opération, et, dans beaucoup de cas, on amenait ainsi, au bout d'une douzaine de séances, une amélioration notable dans l'état du malade. »

M. de Rochas atteste qu'il a vu guérir de la sorte ou, du moins, modifier d'une façon très heureuse, « des paralysies, des vertiges, des céphalalgies et même des battements de cœur et des *nævi* ».

Plus tard, M. Luys changeait — c'est le cas de dire — ses batteries : il se bornait à placer un aimant en fer à cheval, d'abord sur la tête du malade (le pôle sud vers le front, le pôle nord sur la tempe droite), pendant cinq à six minutes, puis sur celle du sujet mis préalablement en état de léthargie hypnotique.

C'est ainsi qu'il plaça cette « couronne aimantée » sur la tête d'une femme atteinte de mélancolie avec des idées de persécution, de l'agitation, une tendance au suicide, etc. L'application de cette couronne sur la tête de cette malade amena, au bout de cinq ou six séances, un amendement progressif de son état.

Au bout d'une quinzaine de jours, cette même couronne fut placée sur un autre sujet, mâle, hynoptisable, hystérique, atteint de crises fréquentes de léthargie ; et le Dr Luys constata, avec surprise, que ce sujet, mis en état de somnam-

bulisme, proférait les mêmes plaintes que celles de la malade guérie quelques jours auparavant de sa mélancolie! Le sujet hystérique avait pris, grâce à la couronne aimantée, l'état cérébral et jusqu'au sexe (en imagination) de la malade précédente.

Ce phénomène, M. Luys put le reproduire sur un certain nombre d'autres sujets. Il en concluait que « certains états vibratoires du cerveau, et probablement du système nerveux, sont susceptibles de s'emmagasiner dans une lame courbe aimantée, comme le fluide magnétique dans un barreau de fer doux, et d'y laisser des traces persistantes (1)».

Le Dr Luys répéta ses expériences sur les animaux. Il a appliqué une couronne aimantée, d'abord sur la tête d'un chat, puis sur celle d'un sujet en état de réceptivité; puis d'un coq et d'un autre sujet également préparé. Et dans les deux cas, les sujets prirent les allures et le cri des animaux, dont on leur avait *transféré* ainsi l'état psychique (2).

D'après M. de Rochas, l'aimant jouerait le rôle de la *mummie* dans les expériences anciennes. La guérison se ferait en soutirant peu à peu, à chaque opération, le fluide vicié et en le remplaçant par du fluide pur, fourni par le milieu ambiant. Mais, ajoute M. de Rochas, au point de vue curatif, il semble inutile d'opérer le transfert sur une autre personne: il suffirait de modifier l'état nerveux du malade, soit par l'aimant, soit par toute autre substance, capable d'agir comme *mummie*.

---

(1) Séance de la *Société de Biologie*, 10 février 1894.

(2) De Rochas. *Op. cit.*, p. 160 de la 2e édition. « Dans le cas du coq, écrit M. de Rochas, j'ai prié le Dr Luys de presser le point de la mémoire somnambulique du sujet réveillé (ayant perdu le souvenir de ce qui s'était passé dans son sommeil) et de lui demander à quoi il pensait lorsqu'il dormait : le sujet a répondu qu'il pensait à des poules (*sic*). »

Mais n'est-il pas des cas où la guérison s'opère par suggestion ? M. Paul Joire (de Lille), qui a sur toutes ces matières une compétence indéniable, ne le pense pas, quant à lui. L'application des aimants, selon cet hypnologue, détermine des effets qui ne peuvent être ni le résultat d'une suggestion faite par l'opérateur, ni d'une auto-suggestion du sujet. Sans doute, on peut, par suggestion, obtenir le transfert d'une paralysie ou d'une contracture, comme on peut aussi guérir ces affections par suggestion. Mais, pour qu'il y ait suggestion, il faut que le malade sache et comprenne ce qui doit arriver; pour qu'il y ait auto-suggestion, il faut qu'il craigne ou qu'il désire l'objet de la suggestion. Or, quand chez un malade atteint, par exemple, de la paralysie d'un membre, on applique l'aimant sur le membre sain, le malade, par suggestion, pourra bien faire disparaître la paralysie, mais il ne la fera point passer dans le membre sain. Il ne peut pas penser que l'on commence par déplacer son mal, ce qui, à ses yeux, ne le guérit pas ; il ne peut pas le désirer. Donc, quand ce phénomène se produit, il y aurait autre chose que la suggestion. Il existe une action spéciale de l'aimant sur le système nerveux. M. Joire rapporte, à ce propos, plusieurs observations de crises douloureuses, rebelles aux diverses médications, et qui ont pris fin dès l'application de l'aimant.

Si l'on ajoute que ces applications de l'aimant ont été faites chez des personnes peu sensibles aux procédés hypnotiques ou présentant une grande résistance à la suggestion, on se rendra compte de l'utilité de ce moyen thérapeutique.

Il faudrait donc croire que la *médecine sympathique* n'est pas tout à fait aussi absurde qu'elle apparaît de prime abord, à condition de n'en retenir que certaines pratiques, celles notamment qui ne nuisent pas au prochain. Si charité

bien ordonnée commence par soi-même, il est rien moins plus charitable de passer notre mal au voisin.

Ce sont procédés d'un autre âge qu'il serait cruel, voire inhumain, de vouloir faire revivre.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. SEVESTRE.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est accepté.

Correspondance.

En outre des imprimés ordinairement adressés à la Société, la correspondance comprend :

Envoi d'un volume intitulé *Pathologie des urines, au lit du malade*, dont l'auteur notre collègue M. Blumenthal, privat-docent à l'Université de Berlin fait hommage à la bibliothèque de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

I. — *Quelques mots sur l'action pharmacodynamique des composés mercuriels.*

M. POUCHET. — Sans chercher à prolonger la discussion sur

les injections mercurielles, je tiens à relever certaines opinions qui ont été émises, opinions qu'il me semble difficile de soutenir actuellement et qui proviennent d'une insuffisance de documentation. L'objection primitive que j'avais soulevée, lors de la lecture du très intéressant rapport de M. Leredde, avait trait à la nécessité de fixer, avant toute discussion, les faits précis que l'expérimentation nous enseignait au sujet du rôle joué par le mercure dans l'organisme.

Or, MM. Danlos, Jullien, Désesquelle mettent en doute les observations de Merget, rapportées dans le travail que j'ai eu l'honneur de vous lire. Les résultats des travaux de Merget, en raison même de la remarquable précision que l'auteur a mise à ses recherches, recherches que nous avons nous-même vérifiées, sont indiscutables.

Que cela rende inadmissibles certaines interprétations que l'on a voulu donner de l'action exercée par les injections mercurielles, c'est fort possible, mais peu m'importe. Il est vraiment trop facile, quand des faits nouveaux viennent gêner et contredire une théorie, de les écarter en les niant, sans examen et surtout sans être qualifié pour contester ces expériences.

J'ajouterai que c'est là un procédé peu scientifique : et, pour ma part, j'ai toujours considéré que c'étaient les théories qui devaient se plier aux faits expérimentaux.

Je répète et je maintiens, bien sûr de ces faits, l'exactitude des expériences de Merget, et si je n'avais pas cru nécessaire de rappeler quelles devaient être les bases de cette discussion pour la rendre fructueuse, je n'aurais pas accepté de présenter, au point de vue chimico-biologique, une note qui n'eût alors constitué qu'un verbiage parfaitement inutile.

Je ne « prétends pas », comme me le fait dire M. Désesquelle, que le mercure se réduise finalement à l'état métallique dans l'organisme, je l'affirme sur la foi des belles expériences et minutieuses recherches de Merget, expériences que j'ai été à même de contrôler et de confirmer.

Il me paraît élémentaire, avant de prendre la parole dans une

discussion, de bien connaître à l'avance ce qui est du domaine des faits expérimentaux, hors de contestation par conséquent, et ce qui est du domaine de l'interprétation, c'est-à-dire sujet à controverse. Je ne me suis occupé que de ce que l'expérience nous apprend, laissant à d'autres le soin de faire concorder ces résultats avec les faits de l'observation clinique. Mais, dans tous les cas, les faits expérimentaux doivent primer et servir de base à l'édilication de toute interprétation ayant quelque valeur scientifique.

Je tenais donc à affirmer aujourd'hui les faits précédemment cités, à savoir : les résultats de Merget sont indiscutables, et je ne prétends pas que le mercure doive agir à l'état de vapeurs. Je l'affirme.

M. Danlos. — J'étais inscrit pour prendre la parole aujourd'hui, mais n'ayant pu prendre complètement connaissance des argumentations de MM. Leredde et Lafay, qui m'ont pris à partie, je demande qu'on veuille bien remettre mon tour de parole à la prochaine séance. Je voudrais également répondre au reproche que vient de m'adresser M. Pouchet, mais auparavant je désire voir à tête reposée le texte écrit de mon contradicteur.

II. — *Quelques réflexions sur la présentation du malade faite par MM. Gallois et Springer à la dernière séance et sur la valeur du traitement mercuriel comme critérium de la nature syphilitique d'une affection.*

M. Leredde. — Venant à la suite de la discussion sur les injections mercurielles, l'importante observation de MM. Gallois et Springer appelle encore quelques réflexions relatives au traitement hydrargyrique. Elle tend à élargir le cadre déjà large de la syphilis, cadre qui devra s'élargir encore, lorsqu'on y fera rentrer des affections curables par le traitement mercuriel à doses maxima et rebelles au traitement mercuriel à doses faibles, comme le sont certaines formes de syphilides cutanées.

De tous les caractères qui permettront de reconnaître la nature

syphilitique d'une maladie, le traitement mercuriel est le plus important, parce qu'il est le plus constant. L'anatomie pathologique a maintenant terminé son œuvre, et nous connaissons comme syphilitiques une série de maladies dont les lésions ont une structure déterminée depuis Virchow, Cornil, Lancereaux et d'autres.

Mais, ces maladies exclues, il nous reste à classer dans la syphilis des affections dont les lésions n'ont pas la structure classique. Ces affections, en particulier au niveau du système nerveux, sont dissimulées dans des syndromes, tel que le syndrome de Little, tel peut-être que l'épilepsie, etc. Pour déterminer l'origine et la nature syphilitique de certains cas et les isoler dans ces syndromes où ils sont perdus à l'heure présente, nous ne pouvons compter que sur l'étiologie et les effets du traitement. L'étiologie fait souvent défaut, parce que, à grand tort, on ne cherche pas toujours la syphilis chez les malades ou leurs ascendants, lorsqu'ils sont atteints d'une affection d'étiologie indéterminée, parce que, aussi, on ne trouve pas toujours la syphilis, même existante, lorsqu'on la cherche.

Pour que le criterium fourni par les résultats du traitement mercuriel prenne toute son importance, il est un fait qui doit être rappelé. *Les dermatologistes ne connaissent pas d'affections cutanées qui guérissent par le mercure en dehors des affections syphilitiques.*

Lorsqu'il s'agit de syphilides en activité (j'élimine les lésions cicatricielles et pigmentaires), le traitement mercuriel, *à doses suffisantes*, guérit peut-être 999 fois sur 1.000 en dehors des lésions initiales de la période secondaire. De là, le mot *action spécifique*.

Il est absolument légitime d'admettre que ce qui se passe pour la peau se passe pour les autres organes, et on doit admettre scientifiquement que des affections qui guérissent par le traitement mercuriel sont d'essence syphilitique.

Il y a dans la communication de MM. Gallois et Springer une phrase qui me semble pouvoir donner lieu à des confusions : « Les partisans de l'origine syphilitique de la maladie de Little consi-

dèrent en général qu'elle fait partie des accidents parasyphilitiques peu modifiables par le traitement spécifique. »

Le mot affection parasyphilitique s'applique à des affections d'origine, mais non de nature syphilitique et non, comme on pourrait le tirer de la définition, plus large et plus vague de MM. Gallois et Springer à des affections peu modifiables par le traitement mercuriel. La curabilité du cas de MM. Gallois et Springer par le mercure démontre la *nature* syphilitique de l'affection dont l'enfant qu'ils ont soigné était atteint.

Mais il faut bien admettre qu'au niveau du système nerveux certaines affections paraîtront d'origine et non de nature syphilitique, alors qu'elles seront de nature syphilitique : 1° parce qu'elles seront rebelles au traitement mercuriel fait suivant les anciennes habitudes; 2° parce que, curables par le traitement mercuriel à doses maxima qu'on doit employer dans les syphilis graves, elles s'accompagnent, comme toutes les affections du système nerveux de symptômes d'origine dégénérative et non susceptibles de régression. C'est ainsi que je considère le tabès et la paralysie générale.

Présentations.

Extracteur du suc gastrique.

M. Bardet. — Au nom de M. le Dr Señorans, de Buénos-Ayres, et de M. Gentile, j'ai l'honneur de présenter un appareil destiné à l'extraction du suc gastrique. Une sonde gastrique est d'abord introduite dans l'estomac, puis on la greffe sur un flacon gradué, muni d'une tubulure; le goulot est coiffé d'une poire qui pénètre à l'intérieur du verre, moyen plus rapide pour l'entrée que celui qui consiste à faire, au contraire, pénétrer le verre dans l'intérieur de la poire. La soupape est remplacée par un trou ménagé dans l'épaisseur du vase en verre, l'opérateur, en même temps qu'il pompe, n'a donc qu'à fermer, avec le doigt, et rouvrir alternativement ce trou, pendant l'aspiration. Quand l'opé-

ration est terminée, on retire la poire et le tube, on les remplace respectivement par un bouchon de caoutchouc ou par un tube borgne de même substance et on peut envoyer le flacon au laboratoire en toute sécurité.

Comme on le voit, cet appareil est fort simple; aussi commence-t-il à être assez employé, dans les services. C'est pourquoi le constructeur, auquel il est souvent demandé sous des noms divers, tient-il à rappeler que le véritable auteur est notre confrère M. Señorans, médecin à Buénos-Ayres.

I. — *De l'établissement du régime en quantité. L'albuminisme et ses dangers,*

par M. G. Bardet.*

La présente note a pour but de préciser par des faits les notions que j'ai déjà apportées à la Société, relativement à l'importance de la « quantité » d'aliments dans l'institutiou du régime des dyspeptiques.

Dans mes précédentes notes, j'ai appelé l'attention sur l'erreur dans laquelle trop de médecins tombent en croyant venir en aide à l'organisme défaillant par la suralimentation, quand ils se trouvent en présence de dyspeptiques en état de misère physiologique; j'ai montré que, chez ces malades, l'amaigrissement avait souvent pour cause l'inondation des humeurs par des liquides alimentaires surchargés d'ammoniaques organiques qui les suralcalinisent et permettent par cette réaction des oxydations énormes et par suite une désassimilation intense et dangereuse, ce qui est une contrindication absolue d'une suralimentation azotée capable justement d'augmenter la gravité de l'état pathologique. J'ai prouvé, par les faits, que la quantité d'albumine nécessaire à l'équilibre azoté était beaucoup au-dessous des chiffres généralement admis, et j'ai apporté un certain nombre d'observations qui permettaient d'accepter cette opinion.

Aujourd'hui, j'apporte trois observations nouvelles qui, en rai-

son de leur durée, présentent un certain intérêt, car on pouvait m'objecter qu'il ne suffit pas de suivre un sujet pendant quelques semaines pour tirer de ce fait des conclusions très étendues; or, les observations que je vais citer datent l'une de plusieurs années, de toute une vie même, je puis le dire; une autre a plus d'une année d'étude suivie, et la dernière est de onze mois. On m'accordera certainement que ces dates ont leur importance dans l'espèce.

Je n'entrerai pas dans de longues considérations, car j'ai préparé un long mémoire, qui paraîtra incessamment dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, où l'on trouvera un exposé complet de mes idées et des arguments physiologiques sur lesquels je m'appuie ; je me contenterai donc de donner ici le récit très net des faits eux-mêmes.

Tout d'abord je m'excuserai de ne pas fournir un plus grand nombre de cas, mais nous savons tous que le besoin de satisfaire l'appétit s'exerce chez l'homme avec une telle intensité qu'il est extrêmement rare de pouvoir trouver des personnes capables de suivre scrupuleusement un régime pendant plus de quelques semaines. Pour mon compte, depuis vingt ans, je n'ai trouvé que huit ou dix malades qui aient accepté de modifier de manière définitive leur genre d'alimentation. Il n'est donc pas étonnant que je ne puisse citer que des faits trop rares.

I. — Ma première observation concerne une femme de 35 ans que j'ai vue au commencement du mois de décembre 1901. Cette malade est parente de l'un de nos collègues, elle était dans un état de misère physiologique extrême, pesant 34 kilogrammes, pour une taille de 1m.52. Elle avait été considérée comme tuberculeuse par le médecin qui la soignait alors, mais, au cours d'un voyage à Paris, notre collègue, son parent, un de nos correspondants du Midi, reconnut que la malade ne présentait aucun signe réel de tuberculose, mais que la déchéance devait être attribuée à un état dyspeptique. C'était exact, car, comme je pus le constater ensuite, cette dame souffrait d'une dyspepsie hypersthénique

aiguë, avec crises paroxystiques intenses. Il institua donc un régime approprié, destiné á obtenir l'engraissement par la suralimentation. L'état de la malade resta mauvais, des crises violentes continuant á se manifester et, à ce moment, notre confrère, qui ne pouvait suivre la malade, m'écrivit pour me prier de la voir.

Mon premier soin fut de supprimer tout traitement médicamenteux, sauf, bien entendu, les alcalins terreux (je proscris absolument les alcalis sodiques) et, lors des crises, quelques calmants anodins. J'instituai, suivant mon habitude, un régime de « quantité » basé sur la ration nécessaire. D'après sa taille, j'estimai que cette malade devait peser 42 kilogrammes, pour être encore maigre assurément, mais non plus cachectique, et c'est sur ce poids que j'établis mon régime quantitatif, à raison de 1 gramme au plus d'albumine par kilogramme et de 35 calories, également par kilogramme de poids normal. C'était donc une ration journalière de 1.500 calories, sous une forme telle que l'albumine y fut représentée par 45 grammes environ.

Pour instituer ces régimes, je considère le système de Maurel comme excellent : on ajoute à 1 litre de lait, 60 à 80 grammes de sucre et ce liquide représente sensiblement et pratiquement 1.000 calories et 30 grammes d'albumine au moins par litre. Il suffisait donc dans mon cas de 1 litre et demi de lait par jour pour satisfaire aux conditions. Pendant six semaines la malade suivit strictement ce régime et à la fin de janvier son poids montait à 35 k. 400. J'avais donc gagné près de 3 livres et par conséquent j'avais la preuve indéniable que la quantité d'aliments représentait un excédent suffisant pour arriver à la réparation. L'état gastrique, lui aussi, s'était amélioré sensiblement : certes les digestions restaient troublées, la stase continuait à se manifester, mais je n'avais pas la prétention qu'un estomac aussi irritable se montrât docile en si peu de temps, j'avais obtenu la disparition des grandes crises et le sujet s'en montrait heureux.

A ce moment j'essayai d'ajouter au régime, lentement et par fractions, une petite quantité de matériaux. Je gardai 1 litre de

lait, mais j'autorisai en plus de ces 1.000 calories, 550, puis 600, puis 650 calories, pour arriver lentement à un maximum total de 1.700 calories et 50 à 55 grammes d'albumine représentées par l'équivalent, en œufs et en sucre ou fécules. Cette ration augmentée amena immédiatement le retour des indigestions et la malade se remit d'elle-même au régime lacté strict et à la ration primitive.

A fin février le poids atteignait 36 kg. 600, soit un gain total de 2 kg. 600 en moins de trois mois. Certes, 5 livres d'augmentation paraissent un gain minime, mais j'estime que chez un dyspeptique par excitation c'est déjà un résultat très satisfaisant. La ration fut maintenue encore un mois au même titre et sous la même forme, et à la fin de mars le poids arrivait à 38 kilogrammes. Après ces quatre mois de régime lacté absolu, à raison de 1.500 grammes de lait sucré par jour, la malade commença à ajouter des œufs, seulement légèrement chauffés et gobés, en remplacement d'un demi-litre de lait, elle mangea de temps en temps une pomme de terre cuite à l'eau, puis à cette pomme de terre elle ajouta du beurre. On atteignit ainsi la fin d'avril, toujours avec une ration de 1.500 calories et 45 grammes d'albumine par jour. Le poids monta à 39 kg. 300.

Peu à peu, mais très lentement, suivant une table de régime soigneusement dressée de manière à fournir facilement et pratiquement le pourcentage en albumine et en calories, le sujet reprit l'alimentation variée, mais en s'en tenant aux aliments simples, œufs à la coque, viande blanche bouillie, légumes farineux et laitage, comme boisson de l'eau sucrée. Elle put ainsi, sans voir les crises reparaître, autrement que par de très rares infractions au régime, reprendre une apparence plus vivante, son poids atteignit sa normale, elle continue à présenter l'aspect d'une femme maigre, mais le teint est coloré et elle est capable de se livrer à ses occupations coutumières.

J'ai donc le droit de la considérer comme guérie et elle-même se considère comme telle, c'est à peine si je la vois par hasard de temps en temps. Mais on remarquera que cet état satisfaisant

ne se maintient qu'à la condition expresse de ne pas dépasser la ration suffisante strictement calculée sur les besoins réels; toutes les fois qu'un léger excès est commis par inadvertance, il se produit de la stase et ensuite une crise qui dérange la fonction gastrique pour quelques jours.

II. — Je passe maintenant à la deuxième observation, elle est la suite de celle que j'ai apportée à la Société de thérapeutique le 6 décembre dernier. Il s'agit d'un malade de 50 ans, vieux dyspeptique qui n'a pu voir son état amélioré que par le rationnement. L'an dernier, il était arrivé à consommer régulièrement, sous forme d'œufs, d'un peu de viande, de légumes féculents et de laitage et sucre, la valeur de 2.100 calories par jour et de 67 grammes environ en albumine, ce qui représente pour un poids de 55 kilogrammes, considéré comme la normale minimum, 38 calories et 1 gr. 21 d'albumine par kilogramme de poids. Or, je vais démontrer que cette ration qui, il y a un an, fut considérée par beaucoup d'entre mes collègues comme insuffisante, était cependant, malgré la vraisemblance, exagérée!

En effet, le malade s'il ne souffrait plus comme jadis de grandes crises paroxystiques, présentait encore des phénomènes de stase gastrique et à la suite du froid de l'hiver, saison toujours pénible pour ces sujets, il maigrit et souffrit assez pour être obligé de reprendre un régime plus serré. Je me décidai alors, au mois de janvier, à lui imposer la ration strictement calculée sur la nécessité minimum. A ce moment, il pesait nu 54 kilogrammes. Je supprimai la viande, j'interdis tout plat cuisiné, c'est-à-dire tout ce qui pouvait exciter un estomac éminemment irritable, et, sous forme d'œufs à la coque, de lait, de sucre et de féculents, j'instituai ce que je vous demanderai la permission d'appeler un *régime de cheval*, en ce sens que mon sujet, comme cet animal, reçoit régulièrement chaque jour, aux mêmes heures, c'est-à-dire trois fois (1), une ration identique d'aliments *toujours pareils*, de façon.

(1) Souvent, en cas d'irritation gastrique, il est nécessaire de fractionner en quatre ou cinq petits repas la ration.

à ne rien faire qui puisse troubler l'estomac et provoquer une irritation quelconque. Cette ration si simple est calculée à raison de 33 calories par kilogramme et 1 gramme au plus d'albumine, ce qui, pour un poids considéré comme normalement faible à 55 kilogrammes, représente 1.800 à 1.850 calories par jour et 55 grammes au plus d'albumine par jour, c'est-à-dire moins de deux litres de bon lait additionné de sucre.

C'est fou! m'a-t-on dit, et j'avoue qu'en faisant ce programme moi aussi, malgré mon expérience, je disais c'est fou! Mais devant les faits il faut s'incliner, et le fait le voici :

Depuis le mois de janvier dernier, soit depuis onze mois, mon malade vit, mon malade ne souffre plus que s'il commet un excès en qualité ou en quantité, de sorte que les crises paroxystiques de cause alimentaire, lesquelles se produisaient autrefois au moins une fois par semaine, sont supprimées. Certes, les crises de cause nerveuse, et surtout par surmenage, se montrent bien encore de temps en temps, mais le régime ne peut rien ou seulement peu de chose sur cet élément pathologique.

Mon malade a maintenu son poids à 55 kilogrammes et pourtant il se livre à un travail intellectuel que je n'hésite pas à qualifier de très considérable, et pendant cette saison de vacances il a pu faire ses 12 à 20 kilomètres par jour et deux ou trois fois il a fait à la montagne des courses de plus de 40 kilomètres, sans que son poids ait varié autrement que dans la limite physiologique des écarts connus. Voici exactement le menu d'alimentation de tous les jours.

A 7 heures du matin. — Une tasse de café au lait ainsi établie : lait 200 grammes, café noir 200 grammes, sucre 35 grammes, 3 petits beurre ou biscuits Albert.

Ce qui représente 432 calories environ et 10 grammes d'albumine.

A midi. — Deux œufs à la coque avec 50 grammes de pain, 100 grammes de légumes féculents divers, 50 grammes de fromage Gervais avec 2 biscuits Guillout, un peu de confiture ou de fruits cuits, une tasse de café noir, 30 grammes de sucre.

Soit 850 calories et 32 grammes d'albumine ; on remarquera que c'est le gros repas. Ajoutons environ 500 grammes d'eau pour boisson.

A 7 heures du soir. — Une tasse de café au lait, lait 200, pain 50, beurre 12 et sucre 35. Cela représente 530 calories et 10 à 12 grammes d'albumine.

Si l'on totalise tous ces chiffres, en constate que la représentation de ces aliments en calories n'atteint pas 1.850 calories et 55 grammes d'albumine.

Je crois avoir le droit d'affirmer par ces deux observations que l'équilibre et au besoin l'augmentation de poids peuvent être obtenus avec des rations réduites à un minimum qui, étant donné les idées physiologiques généralement acceptées, semble au premier abord une ration de famine.

Mais, me dira-t-on, vos observations prouvent peut-être que des malades, des infirmes de l'estomac, peuvent au besoin se suffire avec une ration aussi réduite, mais vous ne pouvez avoir la prétention de poser sur de pareilles bases l'alimentation normale et rationnelle de l'homme. Je suis d'un tout autre avis, j'estime, au contraire, que si mes sujets avaient, dès leur vingtième année, commencé ce régime d'anachorète, ils ne seraient pas devenus dyspeptiques. J'estime que l'homme peut vivre, même quand il est sain, dans de pareilles conditions et je prétends le prouver par l'observation suivante qui est celle d'une personne de santé remarquablement égale.

J'ai suivi depuis 1884, il y a donc près de vingt ans, un homme qui a aujourd'hui 70 ans et que j'ai vu depuis ce temps jouir de la santé la plus égale; ce sujet m'affirme que, depuis qu'il est adulte, il n'a jamais varié dans sa ration, et qu'il attribue à sa sobriété la bonne santé dont il jouit et grâce à laquelle il peut suffire à un labeur écrasant, soit 10 heures par jour de travail intellectuel ou physique, pour la direction d'une affaire industrielle qui roule sur plus de 4 millions d'affaires par an.

Cette ration est ainsi constituée : à 7 heures le matin, une tasse de thé avec 20 grammes de sucre, un nuage de lait et un

croissant; à midi, 60 à 75 grammes de viande, 100 grammes de légumes farineux ou verts, un morceau de fromage de 15 à 20 grammes, 100 grammes de pain, une tasse de café noir avec 20 grammes de sucre. Enfin, à 7 heures du soir, même repas qu'à midi avec en plus un peu de potage et le café en moins.

Comme boisson, environ 800 cc. à un litre d'eau rougie. Jamais de vin pur, jamais rien entre les repas.

Cette ration représente l'observation régulière pendant une semaine, ce qui, si l'on fait le calcul des aliments élémentaires contenus dans cette quantité de nourriture correspond à :

Hydrocarbones.........................	235 gr.
Graisses...............................	50 »
Albumines..............................	60 »

Or, le sujet est un homme de 1m65 de taille, du poids de 80 kilogrammes, c'est-à-dire qu'il penche vers l'obésité; sa ration lui a donc permis de faire des réserves, malgré la faiblesse apparente du régime, puisque nous ne trouvons ici que moins de 1 gramme d'albumine par kilogramme de poids rationnel. Cet homme, devrait en effet, d'après sa taille, avoir un poids normal moyen de 65 kilogrammes; or, il ne prend que 60 grammes en moyenne d'albumine dans les vingt-quatre heures et, si nous cherchons combien les aliments totaux représentent de calories, nous trouvons :

Hydrocarbones..................	940	calories.
Graisses....................	450	»
Albumines......................	360	»
Total.....................	1.750	»

Ce total de 1.750 calories, si l'on en croyait les opinions courantes, serait une ration de famine, et cependant le sujet est non seulement en excellent état physiologique, mais encore il se livre à un travail considérable! Ces faits et les arguments qui en découlent viennent à l'appui de ceux qui ont été déjà établis par notre collègue Maurel, de Toulouse, dans son important travail sur l'*Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme*.

Voilà qui suffit à démontrer que l'on se trompe grossièrement quand on parle du *besoin de manger* de l'homme et de la nécessité de réparer ce que l'on suppose devoir être les pertes journalières en calories. Tous les chiffres fournis par les hygiénistes sont trop élevés, ce sont là des études à reprendre. Je le déclare hautement, le danger de notre époque se trouve dans l'*albuminisme* aussi bien que dans l'*alcoolisme*, le plus grand nombre des maladies chroniques n'ayant pas d'autres causes que l'exagération alimentaire et surtout de la consommation de l'albumine. A l'alcoolisme j'oppose donc l'*albuminisme*, état morbide déterminé par l'introduction dans l'organisme de matériaux amidés en quantité supérieure à la *capacité uréopoiétique* du foie, de telle sorte que les humeurs sont suralcalinisées, condition excellente pour des suroxydations histologiques dénutritives jusqu'à la consomption, tant sur les éléments minéraux que sur les éléments organiques. C'est là une intoxication d'un genre tout nouveau, dont on a eu tort de ne pas se préoccuper jusqu'ici. L'alcoolisme, dont on parle tant, n'attaque que les buveurs volontaires ; l'*albuminisme*, lui, porte ses ravages sur une énorme quantité de sujets, qui s'intoxiquent sans le savoir, d'où son grave danger au point de vue de la cause étiologique d'un grand nombre d'affections chroniques et diathésiques.

Le jour où l'on sera bien pénétré de cette vérité, le jour où le médecin aura admis la nécessité de doser l'aliment comme il dose le médicament, le jour où il prémunira les malades contre la superstition du *besoin de manger*, nous aurons fait un grand pas dans le traitement des dyspepsies et surtout dans la prophylaxie des maladies chroniques.

Discussion.

M. ALBERT ROBIN. — Les maladies de suralimentation, que M. Bardet désigne du nom pittoresque d'albuminisme, ont une haute importance et sont très fréquentes, même chez les enfants. Ainsi j'ai eu l'occasion de soigner une petite fille, âgée de dix-

huit mois, qui, ayant été alimentée avec le lait d'une chèvre nourrie d'avoine, fut prise de coliques néphrétiques avec azoturie, peptonurie et albuminurie légère. Ces accidents disparurent dès que l'avoine ayant été supprimée de l'alimentation de la chèvre, le lait de cet animal devint moins riche en substances albumineuses. J'ai observé aussi des douleurs articulaires simulant la coxalgie, chez un garçon de douze ans qu'on suralimentait. L'enfant ayant été mis à un régime moins substantiel, ces douleurs se dissipèrent.

M. Sevestre. — Je vois constamment des enfants souffrant de maux de tête et d'incapacité au travail, chez lesquels ces troubles cessent de se produire après diminution de la ration de viande.

M. Linossier. — Les intéressantes observations, que vient de nous rapporter M. Bardet, démontrent avec la plus grande netteté que certains organismes peuvent vivre sans rien perdre de leur poids, suffire à des dépenses moyennes, et même rester capables d'effectuer à un moment donné un travail considérable, avec une quantité d'aliments bien inférieure à celle que les traités classiques considèrent comme un minimum indispensable, inférieure à plus forte raison à la quantité ingérée par la plupart des individus bien portants.

Je suis tout à fait de cet avis. J'admets encore, avec M. Bardet, que la suralimentation est la cause première de la plupart des maladies de la nutrition, et je crois qu'on ne saurait trop le répéter. Je pense enfin que les physiologistes ont fixé en général pour l'homme une ration d'entretien sensiblement trop élevée.

Ces déclarations faites, M. Bardet me permettra d'exprimer quelques réserves au point de vue des conclusions générales que l'on pourrait être tenté de tirer de ses observations.

De ce que ses malades se sont bien trouvés d'un régime exceptionnellement restreint, il ne résulte pas que ce régime serait suffisant pour tous les sujets. Il n'y a pas en effet pour l'homme de ration d'entretien *normale*, et ce que les physiologistes

désignent à tort sous ce nom n'est que la ration d'entretien *moyenne*.

En réalité, le minimum d'aliments nécessaires pour suffire aux dépenses d'un organisme et maintenir invariable le poids corporel est très variable d'un organisme à l'autre. Sans vouloir entrer, momentanément, dans les détails sur lesquels je demande à la Société la permission de revenir au cours de la prochaine séance, je rappellerai ce fait banal qu'il y a des obèses qui engraissent avec une alimentation très inférieure à la ration d'entretien moyenne, et des maigres qui restent maigres avec une nourriture en apparence excessive.

L'hérédité paraît jouer un grand rôle comme facteur de ces différences individuelles.

Un enfant d'arthritique est, comme l'a montré Bouchard, un ralenti de la nutrition, qui a intérêt à réduire au minimum sa ration alimentaire. Le moindre excès peut provoquer chez lui l'obésité, la goutte, le diabète... Tout au contraire M. A. Robin nous a appris que les enfants de souche tuberculeuse ont une nutrition exagérément active. Leurs combustions sont excessives, et l'expérience clinique nous prouve bien que parfois chez eux l'alimentation, pour être suffisante, doit devenir une suralimentation apparente. Entre ces deux types extrêmes, qui confinent à la pathologie, se classent dans la pratique toute une série de types intermédiaires, dont les besoins alimentaires sont différents et ne peuvent être exprimés par une formule unique. Ils doivent être fixés en particulier pour chacun d'eux. Je pense qu'il n'est pas inutile d'insister sur cette variabilité de la ration d'entretien, parce que les physiologistes ne semblent pas en avoir tenu compte et parce qu'il serait au moins aussi fâcheux de nourrir insuffisamment un sujet dont les combustions sont exagérément actives que de nourrir avec excès un sujet dont les combustions sont ralenties.

M. Barbier. — Je m'associe aux réserves exprimées par M. Linossier pour le régime ordonné aux tuberculeux. Je vou-

drais que M. Bardet me dise sa façon de juger la situation d'un tuberculeux qui, en pleine consomption, à cette période qui a justement été mise en lumière par M. Robin, et dans laquelle le malade détruit énergiquement ses tissus, excrétant plus d'urée qu'il ne prend d'albumine, se trouve en état grave de dénutrition? Notre collègue oserait-il instituer son régime de diète réduite? Je ne le pense pas, et, pour mon compte, je suis convaincu que, dans ces cas, la suralimentation donnera au contraire les meilleurs résultats.

M. Rougon. — Je crois, et mon jugement s'appuie sur des faits que j'ai observés, que, chez les tuberculeux comme chez les autres malades ou sujets, la suralimentation peut avoir une action désastreuse. Si, comme l'a dit M. Bardet, l'exagération du régime azoté, indépendamment de toute action toxinique accessoire, peut provoquer de véritables intoxications, cet accident se constatera dans la tuberculose comme dans tout autre cas et cette manière de voir s'applique fort bien à l'explication des faits auxquels je viens de faire allusion.

Mais M. Bardet nous a apporté, au point de vue général, des remarques qui sont extrêmement intéressantes, pourrait-il insister et nous dire, par exemple, quelle quantité de travail peut accomplir un sujet nourri par le régime strict qu'il vient d'établir.

M. Linossier. — La ration équivalente à un travail est fort peu importante, et je ne crois pas que là soit l'intérêt de la question; j'insiste sur mes réserves de tout à l'heure, la ration n'a pas la même valeur absolue pour tous les sujets, car l'utilisation peut être fort différente, pour des causes multiples.

M. Bardet. — Il est exact que la ration de travail est presque insignifiante: Maurel a pu établir que le travail d'un matelot, par exemple, pouvait être journellement représenté par un demi-litre de lait, d'où l'on peut conclure que l'acte mécanique du travail ne justifie nullement la grosse suralimentation con-

sidérée par le vulgaire comme nécessaire au travailleur. Tout, comme le disait M. Linossier, dépend de l'utilisation. Quant à la question posée par M. Rougon, je rappelle que l'un de mes sujets, soumis à un régime que je puis qualifier d'anachorétique, a pu faire cependant des marches à la montagne d'environ 45 à 50 kilomètres, sans fatigue extrême.

J'arrive aux objections de MM. Linossier et Barbier. Ces messieurs me placent sur un terrain que je n'ai pas choisi, j'ai apporté des faits relatifs à l'état dyspeptique et à l'état sain ; j'ai parlé des dangers de l'*albuminisme*, dont je fais volontiers une nouvelle espèce en pathologie générale, mais je ne me suis point jusqu'ici occupé, à ce point de vue, des effets du régime dans la tuberculose, de sorte que je n'ai point de faits à vous fournir ; or j'ai pour habitude de ne former mon jugement que sur des faits d'observation corroborés par des analyses chimiques.

Cependant, fort de mon expérience ancienne, j'oserai dire que les opinions basées sur les doctrines et sur le simple raisonnements risquent de se trouver controuvées. L'albuminisme produit des intoxications graves, dont le résultat est justement de provoquer la dénutrition, en favorisant des oxydations trop énergiques ; je ne vois donc pas bien, *à priori*, pourquoi ces accidents ne seraient pas à craindre chez des tuberculeux, s'ils sont dangereux chez des dyspeptiques. Les faits cliniques, les observations de chimie biologique pourront seules répondre. Mais, si mes collègues font des réserves sur l'utilité de la suralimentation des tuberculeux, j'en fais, moi aussi, mais dans le sens contraire.

M. Albert Robin. — Comme M. Rougon, et avec lui, car nous avons vu un de ces malades ensemble, je puis citer des faits des inconvénients de la suralimentation chez les tuberculeux.

M. Barbier. — L'expression *suralimentation* est un mauvais mot, il faut, par là, entendre une alimentation conduite de manière à rendre à l'organisme l'albumine qu'il détruit sur ses propres tissus, ce qui amène forcément à fournir une ration supérieure aux besoins normaux physiologiques, en raison même du fait

particulier, mais ce n'est pas en réalité de la suralimentation, puisque l'organisme a besoin de cette réparation.

Dr Bouloumié. — Je suis d'accord avec M. Bardet sur ce fait que généralement on mange trop et particulièrement trop de substances azotées. Ceux qui, comme moi, voient surtout des arthritiques en sont tout spécialement convaincus; mais je suis d'accord avec M. Linossier pour dire qu'on ne saurait admettre une formule invariable indiquant la quantité d'aliments azotés ou autres nécessaires pour un poids déterminé d'animal, homme ou autre. M. Bardet a parlé de régime de cheval pour caractériser l'alimentation régulière, méthodique, quotidiennement uniforme, à laquelle il soumet ses malades; or, c'est précisément par les constatations faites sur le cheval que j'appuierai cette manière de voir.

Dans les régiments de cavalerie, les chevaux de même race, sensiblement de même poids et de même taille, employés aux mêmes travaux et dans les mêmes conditions... et sans doute dans les mêmes dispositions psychiques, reçoivent tous la même nourriture, distribuée aux mêmes heures. Or, parmi eux, et je ne parle ici bien entendu que de ceux qui sont bien portants et continuent leur service, il en est pour lesquels la ration journalière constitue l'appoint exactement nécessaire à leur entretien, d'autres pour lesquels elle est exagérée, d'autres enfin pour lesquels elle est insuffisante. Il est donc évident qu'il y a toujours un facteur individuel qu'on ne peut déterminer *à priori* et dont il faut tenir compte, ce qui complique singulièrement la question du calcul théorique de la ration alimentaire normale.

M. Albert Robin. — La question soulevée par M. Bardet, est extrêmement importante, il l'a placée sur le terrain de la pathologie générale et sur le terrain du traitement des dyspepsies, et quel que soit l'intérêt des questions annexes soulevées, je crois qu'il y aurait avantage, au moins au début à élargir la discussion sur le terrain primitif d'abord, quitte à aborder ensuite les questions subsidiaires, par exemple, l'alimentation des tuberculeux.

Il faut alimenter et non pas suralimenter les tuberculeux. Lorsqu'on les suralimente avec la viande, on augmente la tendance déjà exagérée de ces malades à fixer de l'oxygène sur les tissus. J'ai observé, entre autres accidents, chez des tuberculeux suralimentés des poussées congestives graves du côté du foie et même des néphrites aiguës avec hématurie.

Je demande donc que cette discussion soit mise à l'ordre du jour.

M. LE PRÉSIDENT. — En raison de l'heure avancée, cette discussion sera remise à la prochaine séance, de manière à pouvoir lui laisser toute l'ampleur désirable. Les argumentateurs pourront ainsi développer plus facilement leurs opinions.

II. — *Cas de grossesse nerveuse guérie par la suggestion*, par le Dr ALLAHVERDIANTZ.

Au mois de février 1899, la femme E.-A. R..., âgée de 37 ans, demeurant à la Bosse (Noirmoutier), ressentit les premiers symptômes de la grossesse.

D'un tempérament nerveux, ayant toujours joui d'une excellente santé, et mariée depuis 18 ans, elle n'avait jamais eu d'enfant.

En février, donc, elle eut un léger flux menstruel, qui ne dura qu'un jour, alors que depuis deux mois et demi ses règles étaient supprimées, la chose l'étonna fort, au bout de 18 ans de mariage. Enfin, en juin, de la même année, elle fit appeler son médecin et une sage-femme qui lui affirmèrent qu'elle était réellement enceinte.

Effectivement ses seins étaient gonflés, le ventre proéminant et elle ressentait les mouvements de l'enfant. Les renseignements qu'elle demandait fréquemment à ses voisines la confirmèrent dans cette idée. Bref, elle pensait déjà à confectionner la layette de son futur bébé, quand le 5 juin, les règles réapparurent et ne sachant que penser, le 10, elle me fit appeler.

Je me trouvais donc, en présence d'une femme ayant les seins gonflés, le ventre raide et globuleux ; au toucher vaginal, la matrice ne paraît pas monter, l'examen me fait éliminer l'hypothèse d'un fibrome, d'un kyste ovarique, de l'ascite, d'un néoplasme quelconque et d'un produit de la grossesse ; à l'œil cependant le ventre est bien celui d'une femme enceinte de cinq mois et, de plus, la malade prétend ressentir les mouvements de l'enfant.

Depuis quelques jours, la malade a vu son appétit diminuer, l'ouïe s'affaiblir et elle a eu des vomissements. Je vois immédiatement que je me trouve en présence d'un sujet suggestible et j'essaie de la suggestion, ayant mis ma malade en état d'hypnose je lui dis :

« Madame, vous n'êtes pas enceinte et ne le serez jamais, vous ne vomirez plus, vous entendrez parfaitement et, en vous réveillant, vous constaterez que vos seins et votre ventre sont revenus à leur état normal et vous oublierez complètement votre soi-disant grossesse. »

Aussitôt réveillée, la malade est gaie, tranquille et ne présente rien de particulier et dans l'espace d'une demi-heure, le ventre et les seins sont dégonflés.

Vingt-cinq jours plus tard, la femme R..., voyait revenir ses règles et depuis jouit d'une excellente santé.

La suggestion m'a donné également d'excellents résultats pour l'application des forceps dans une dizaine de cas. Je suggérais, en effet, aux malades que leur accouchement allait se faire sans aucune douleur et, la chose faite, les intéressés prétendaient n'avoir rien ressenti ; il serait donc désirenx que nos accoucheurs ne négligent pas ce moyen.

Dans de nombreux cas d'éclampsie, j'ai pu arrêter par la suggestion, d'une façon rapide et définitive, de fortes crises sans avoir recours à aucun agent thérapeutique.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies vénériennes.

Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'hermophényl. — Le Dr Charles Nicolle, médecin en chef à l'Hospice général de Rouen, rapporte dans la *Revue médicale de Normandie* (25 avril 1902) toute une série de cas de syphilis qu'il aurait traités par l'hermophényl et fixe la technique à suivre dans l'emploi de cette nouvelle drogue. « L'hermophényl, composé organo-métallique (mercure-phénol-disulfonate de sodium), contient 40 p. 100 de mercure et est très soluble dans l'eau. Les solutions à 1/500, injectées sous la peau ou dans le tissu cellulaire, sont facilement absorbées sans induration ni abcès. Enfin le produit s'élimine rapidement par le rein sous forme de composé organo-métallique et ne présente pas de propriétés irritantes. » (Lumière et Chevrottier, *Arch. de méd. expériment.*, 1901, no 3, mai.)

Le Dr Reynès, de Marseille, a essayé, un peu avant le Dr Nicolle, l'hermophényl en injection à 0 gr. 005 du produit par centimètre cube. Les injections sous-cutanées répétées tous les deux jours furent « d'une innocuité parfaite n'occasionnant ni abcès, ni induration, ni douleurs ».

La technique du Dr Nicolle est légèrement différente ; il emploie la formule suivante :

Hermophényl.......................	0 gr. 10
Eau distillée..........................	10 »

Stérilisé à l'autoclave.

Il injecte 2 centimètres cubes à chaque séance (deux séances par semaine). Le siège d'élection de la piqûre est le point de Galliot à la partie supérieure de la fesse : l'aiguille est enfoncée, à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Pour le Dr Nicolle l'injec-

tion sous-cutanée ne serait pas exempte d'inconvénients; l'injection intra-musculaire au contraire est totalement inoffensive.

Dans sa statistique portant sur 94 cas avec 900 injections (en moyenne 10 injections par malade), il ne relève que quelques accidents très légers qu'il impute à une faute dans la technique de l'inoculation : induration locale pour des injections pratiquées sous la peau, douleurs dans le trajet du sciatique (inoculation faite au voisinage de ce nerf); vertiges, anorexie, nausées, vomissements, fièvre (39°8), éruptions urticariennes, à la suite d'une inoculation faite, croît-il, dans une veine profonde. Il ne relève qu'un cas de stomatite très légère; enfin une femme enceinte de deux mois et une malade atteinte de tuberculose pulmonaire n'ont pas été incommodées par ce traitement spécifique.

Le Dr Nicolle croit qu'on pourrait sans inconvénient employer une solution de titre double, en n'injectant alors qu'un centimètre cube, et, dans les cas graves, étant donnée la non-toxicité du produit, employer des doses plus fortes et répéter plus souvent les inoculations.

En somme l'hermophényl en injections intramusculaires présente tous les avantages des préparations mercurielles insolubles, sans en avoir les inconvénients : indurations persistantes, abcès, cicatrices et surtout intoxications hydrargyriques. De plus il est beaucoup plus actif que les composés solubles employés jusqu'à ce jour.

Médecine générale.

Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes. — Deux idées directrices, dit M. Roger (*Thèse de Paris*, 1900), doivent guider le chirurgien dans le choix de l'intervention contre les salpingo-ovarites purulentes : évacuer le pus sans exposer les jours de la malade, la guérir avec le minimum de dégâts.

Le pyosalpinx unique, froid, même accessible par le vagin, sera justiciable, s'il paraît incurable, de la castration partielle par l'abdomen.

Le pyosalpinx unique, chaud, compliqué ou non de lésions de voisinage, sera incisé par le vagin s'il est accessible par cette voie. Dans le cas contraire, d'ailleurs rare, si les phénomènes généraux obligent à ne pas différer l'intervention, on incisera sur la ligne médiane, si la collection purulente n'est pas trop volumineuse et, suivant le cas, on se contentera d'évacuer le pus et de drainer, ou bien on pratiquera l'ablation de l'annexe malade; latéralement, si le pus paraît abondant, très virulent et que la collection purulente est en rapport immédiat avec la paroi.

Les salpingo-ovarites suppurées bilatérales, froides, non compliquées et récentes, seront traitées par l'incision vaginale. La bilatéralité des lésions n'est pas une contre-indication à la colpotomie.

Les salpingo-ovarites suppurées froides et anciennes seront justiciables de la castration totale par la voie abdominale. On ne conservera l'utérus que si cet organe ne présente pas de lésions trop accusées et que s'il est possible de ménager un ovaire ou une portion d'ovaire : les troubles de la ménopause précoce seront ainsi évités.

Les salpingo-ovarites purulentes chaudes, compliquées ou non, accessibles par le vagin, seront traitées par la colpotomie.

Les salpingo-ovarites purulentes chaudes, compliquées ou non, inaccessibles par le vagin et qui réclament une intervention précoce, seront justiciables de la castration totale, réserve faite encore cependant sur la possibilité de conserver un ovaire et l'utérus : *parce ovario et utero si possis.*

La castration totale sera pratiquée par l'abdomen si le chirurgien, expérimenté, a l'impression qu'il peut dominer l'invasion du pus; elle le sera par le vagin dans les cas désespérés où la colpotomie paraît insuffisante, la laparotomie téméraire, et contre lesquels l'hystérectomie vaginale restera toujours un moyen héroïque.

Maladies des oreilles, du nez et du pharynx.

Traitement médical des otites aiguës non suppurées (d'après M. Mahu). — 1° Faire garder la chambre à l'enfant et administrer au besoin une purgation.

2° Toutes les deux heures, appliquer sur le pavillon de l'oreille malade, sur les régions temporales et mastoïdiennes, des compresses imprégnées d'une solution dans l'eau bouillie de bicarbonate de soude à 60 p. 1000, aussi chaudes que le dos de la main peut les supporter. Recouvrir de taffetas chiffon puis d'ouate maintenue par une bande.

Avant d'appliquer le pansement, on versera dans le conduit une petite quantité de la solution ci-dessus aussi chaud que possible, que l'on remplacera, tous les deux pansements, par trois ou quatre gouttes de la préparation suivante tiède au bain-marie :

Glycérine neutre stérilisée.............	10 gr.
Résorcine..........................	0 » 75
Chlorhydrate de cocaïne.............	0 » 10

3° Trois fois dans la journée, instiller, dans chaque fosse nasale de l'enfant étendu sur son lit, la tête basse, à l'aide de la petite seringue de Marfan, la valeur d'une demi-cuillerée à café de :

Huile d'amandes douces stérilisée......	60 gr.
Menthol..............................	0 » 60

4° Toutes les trois heures, faire un grand lavage de la bouche et du pharynx, à l'aide d'un bock suspendu à 0m50 au-dessus de la tête de l'enfant, et dont le tube en caoutchouc sera terminé par une canule en verre à extrémité mousse, — le tout soigneusement bouilli, — avec un litre à chaque fois d'eau bouillie aussi chaude qu'elle pourra être supportée.

Au bout de deux jours du traitement ci-dessus, si les douleurs persistent et si la température s'élève, examiner avec soin l'oreille et faire la paracentèse du tympan au cas où cette membrane serait rouge et bombée (*Annales de médecine et de chirurgie infantile*).

Toxicologie

L'antisepsie du rhino-pharynx. — Pour pratiquer l'antisepsie du rhino-pharynx, il faut y porter des liquides. Les lavages de cette cavité se pratiquent soit par la partie antérieure, c'est-à-dire par le nez, soit par la partie postérieure, c'est-à-dire par la voie pharyngée (Malherbe et Bayez).

Il est bon d'adjoindre des pulvérisations avec la solution :

Salicylate de soude..................	1 gr. 50
Eau distillée.........................	30 »

qui est à la fois résolutive et antiseptique.

Ou bien avec la solution :

Sulfate de zinc.......................	0 gr. 30
Eau distillée.........................	30 »

qui est, de plus, astringente.

Lorsqu'il existe de la douleur on se sert avec avantage de :

Chlorhydrate de morphine............	0 gr. 05
Eau distillée.........................	15 »

On ordonne également des inhalations avec :

Teinture de benjoin composée......	90 gr.
Chloroforme........................	XXV gouttes

Une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau bouillante.

Quand l'inflammation a diminué, faire usage de la formule :

Huile d'eucalyptus......................	6 gr.
Carbonate de magnésie.................	4 »
Eau distillée............................	90 »

Une cuillerée à café pour un demi-litre d'eau bouillante.

Enfin, il est utile, quand les phénomènes inflammatoires ont disparu, de cautériser le rhino-pharynx avec le mélange suivant :

Iode..................................	1 gr.
Iodure de potassium.....................	3 »
Eau distillée...........................	40 »

FORMULAIRE

Arthrosia.

Acide salicylique	3	gr.	
Quinine	2	»	
Podophyllin	0	»	1
Extrait de colchique	0	»	30
— de phytolacca	1	»	
— de capsicum	1	»	50

F. S. A. 50 pilules.

Cette préparation correspond à la spécialité dénommée « Arthrosia de Warner. »

Indications et mode d'emploi. — Altérant, antirhumatismal, antilithique.

6 à 10 pilules par jour en trois fois.

Pommade contre les crevasses du sein.

Menthol	1	gr.	50
Salol	2	»	
Huile d'olive	2	»	
Lanoline	50	»	

En onctions, 2 fois par jour.

Aphtes (E. PÉRIER). — Toucher les parties toutes les 2 heures avec un tampon d'ouate trempé dans le collutoire :

Borax	4	gr.
Teinture de benjoin	2	»
Sirop de framboises	30	»

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



La tuberculose et les eaux d'égout. — Sérum antiscarlatineux. — Les pertes anglaises pendant la guerre sud-africaine. — Le goudronnage des routes. — Un précurseur de Jenner. — Incubateur humain. — La dépression kératique dans les psychoses cérébrales. — Leçons de thérapeutique clinique.

Des expériences ayant démontré que les bacilles tuberculeux, alors qu'ils perdent leur virulence au bout de trois mois dans l'eau de rivière, la possèdent encore au bout de dix mois dans l'eau d'égout; que, de plus, ces bacilles mêlés à la terre y conservent leur virulence entière après trois mois ; qu'enfin apportés par les eaux d'égout sur les champs d'épandage ils peuvent passer dans l'intérieur des légumes qu'on y plante, le ministre des Travaux publics a interdit la culture des légumes et des fruits arrosés avec de l'eau d'égout.



Une importante communication au congrès de médecine de Carlsbad annonce la découverte d'un nouveau sérum pour guérir la fièvre scarlatine, qui serait due au Dr Moser, de l'hôpital des enfants, de Vienne. Pendant deux ans, M. Moser aurait expérimenté son remède sur plus de 400 enfants, et la mortalité serait tombée à 8 et 9 p. 100.



D'après les chiffres officiels du War Office, l'Angleterre a perdu en hommes, depuis le 11 novembre 1899 au 31 mai 1902, 97.477 unités. Dans ce chiffre sont compris les 75.000 hommes rapatriés comme invalides, parmi lesquels la plupart se rétablissent, mais dont 28.434 sont perdus. Ont été tués sur le champ de bataille, 5.774 hommes; sont morts des blessures, 2.018; en captivité, 102; de maladies, 13.250. Il y a eu 798 cas de mort accidentelle, 105 disparus; 508 morts en Angleterre après leur retour. Ont quitté le service à cause des infirmités et par faiblesse 5.879. Le nombre des blessés pendant la guerre s'élève au total de 22.829 hommes.



Des essais de goudronnage des routes ont été faits à Champigny, en présence des ingénieurs et des conducteurs des ponts et chaussées du département de la Seine. L'expérience a été contrariée, dit le *Petit Journal*, par la pluie violente qui a mis en déroute les travailleurs et les curieux. La route de Joinville a cependant été arrosée, sur une centaine de mètres, de goudron, qui lui a donné l'aspect d'un trottoir bitumé. Sur quelques mètres ensuite, on a répandu une composition spéciale à laquelle ses inventeurs ont donné le nom d'*injectoline* et qui doit faire merveille et assurer aux chaussées une résistance et une solidité à toute épreuve. Quel sera le résultat de ces expériences? Il est dès maintenant impossible de se prononcer.

Ce n'est qu'à la longue qu'on pourra se rendre compte de la résistance qu'offriront les routes recouvertes d'une couche de goudron, d'huiles lourdes de pétrole et d'injectoline. Ces produits résisteront-ils à la pluie, au soleil, à la gelée? Toute la question est là et ce n'est que dans un laps de temps assez éloigné qu'on sera définitivement fixé.

D'après le *Gaulois* on aurait découvert, au cimetière de Maltravers, canton de Dorset, l'épitaphe ainsi conçue d'un véritable précurseur de Jenner :

« Dedié à la mémoire de Benjamin Jesty, de Downshay, décédé le 16 avril 1816, à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Il naquit à Yetminster, dans ce comté, et fut un homme droit et honnête ; il fut tout particulièrement connu pour avoir le premier introduit la variole bovine par inoculation. Grâce à son esprit puissant, il fit, en 1774, l'expérience sur la vache, avec sa femme et ses deux fils comme sujets. »



Enfoncé l'étudiant russe couveur dont il a été dernièrement parlé. Le *Philadelphia Medical Journal* nous raconte l'histoire que voici :

« Un fermier du Kentucky fut gravement atteint par la fièvre pendant ces derniers temps. Son épouse, excellente ménagère, désespérée par la maladie de son mari et par la perte pécuniaire qui en résultait, eut l'idée d'utiliser les températures fébriles de son époux. Elle plaça 48 œufs dans le lit de celui-ci et les disposa de façon que les mouvements de son mari ne puissent les briser. Cette ingéniosité fut largement récompensée, car, au bout de quatre semaines, 42 œufs s'ouvrirent pour donner le jour à des poussins. »



Dans une série de maladies cérébrales graves, on observerait, d'après M. Pailhas (d'Albi), une altération oculaire caractérisée par la simple dépression d'un point plus ou moins limité de la cornée, sans lésions anatomiques appréciables, quoiqu'en rela-

tion avec des troubles encéphaliques toujours graves. Cette dépression kératique est essentiellement instable, mobile, apparaissant, disparaissant, se déplaçant rapidement sur différents points de la cornée. Bien qu'elle ait pu se produire dans un cas, moins d'une heure après un violent traumatisme cranien, elle ne survient habituellement qu'à la période des grandes dépressions des psychoses, du délire aigu des encéphalites. Cette altération organique de la cornée essentiellement superficielle et différant totalement de la kératite neuro-paralytique, qui est caractérisée par des lésions dystrophiques profondes, serait le signe d'une aggravation des affections auxquelles elle se rapporte, soit au point de vue du danger de mort dans les états d'encéphalite, de délire aigu ou de traumatisme cranien, soit au point de vue de l'incurabilité et de la démence dans les états psychopathiques dépressifs.

°°°

Les leçons de clinique thérapeutique, avec présentation de malades de M. Albert Robin, seront reprises à l'hôpital de la Pitié le mercredi 10 décembre à 9 h. 30 du matin. Elles auront lieu à l'amphithéâtre des cours tous les mercredis à la même heure.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. Sevestre.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Présentations.

De la médication kératinisée.

M. Bardet. — J'ai l'honneur de présenter au nom de M. le Dr Philippe, de Lyon, un travail qui m'a été adressé par l'intermédiaire de M. le professeur Renaut. Ce travail, inspiré et exécuté sous le contrôle de notre collègue, est extrêmement intéressant. M. Philippe a étudié avec soin les méthodes pratiques proposées par Unna, Ewald et autres auteurs, pour arriver à faire parvenir intacts dans l'intestin des produits médicamenteux auxquels on veut éviter l'action du suc gastrique. La kératine, théoriquement, donnerait ces effets, mais malheureusement la pratique démontre que les produits kératinisés sont parfaitement attaqués dans l'estomac ; pour mon compte je l'ai constaté bien souvent. Or, après un examen minutieux de la question, il a constaté que l'insuccès doit être attribué à la mauvaise préparation de la kératine employée. En agissant plus méthodiquement, par des procédés longuement développés dans son travail et qu'il me serait impossible de décrire et même de résumer, l'auteur est arrivé à produire des vernis cornés parfaitement homogènes dans leur application et qui donnent réellement la protection

cherchée. Ce travail est intéressant, car il résout un point délicat de la pratique pharmaceutique, il mérite donc de fixer l'attention du médecin et du pharmacien.

A l'occasion du procès-verbal.

Réponse au rapport de M. Leredde,

par M. Danlos.

Si la violence des expressions permettait de mesurer la valeur des arguments, je me serais mis dans un bien mauvais cas. M. Leredde, en effet, ne ménage pas ses termes : faiblesse de l'argumentation, comparaisons prises pour des raisons, points de départ toujours incertains, tel est le résumé de son appréciation sur la communication que je vous ai faite. N'en déplaise à M. Leredde, ma communication contenait autre chose ; et appliquée à ses assertions sentencieuses, l'expression de gratuite et absolument invraisemblable qui paraît l'avoir si vivement choquée, était cependant bien inoffensive.

M. Leredde déclare : 1° Que la nature du sel mercuriel injecté, soluble ou insoluble, est sans importance au point de vue thérapeutique ;

2° Que l'efficacité thérapeutique d'un composé mercuriel dépend *uniquement* de la quantité de mercure introduite dans l'organisme en un temps donné (*Semaine médicale*, avril 1902).

J'ai le regret d'être d'un avis opposé au sien et je crois au contraire que si *à priori* tous les composés mercuriels peuvent être supposés jouir de la propriété antisyphilitique, celle-ci pour chacun d'eux a besoin d'être éprouvée par l'expérience et que la teneur en mercure ne suffit pas pour donner la valeur du médicament. Cette proposition que j'ai justifiée surtout par des arguments de présomption, ceux que M. Leredde, faute d'objections sérieuses, appelle des comparaisons prises à tort pour des raisons peut se démontrer aussi par des arguments directs. Pour moi la thérapeutique de la syphilis ne se réduit pas à fournir journelle-

ment à l'organisme une quantité donnée de mercure. La forme sous laquelle est présenté le médicament a son importance et maintes fois déjà les cliniciens l'ont reconnu. C'était l'opinion du professeur Lépine au Congrès de Toulouse. Dans ces derniers mois à propos de leurs injections de cyanure de mercure, M. Barthélemy, Lafay et Lévy Bing ont constaté qu'à dose égale de mercure, le cyanure a des effets spéciaux, peut-être attribuables à la présence d'une molécule cyanique; et que dans les mêmes conditions l'iodure double de mercure et de potassium est moins actif que le biiodure de mercure. Dès longtemps déjà M. Fournier professait que si le protoiodure convient mieux aux premiers accidents de la période secondaire, le sublimé semble plus actif à la fin de celle-ci. L'importance de la forme chimique ressort encore avec bien plus d'évidence quand on emploie les composés organiques du mercure tels que le phénylo-acétate, ou l'hermophényle. Le phénylo-acétate, corps qui n'est pas encore dans le commerce et dont le Dr Bourcet m'avait fourni quelques échantillons, contient, paraît-il, 40 p. 100 de mercure. Je l'ai injecté quotidiennement pendant huit jours à une malade à la dose de 10 centigrammes par jour, avec un effet thérapeutique peu appréciable, ce qui tient peut-être à la brièveté du traitement; mais avec un effet toxique certainement nul. J'ai donc introduit journellement dans l'organisme de cette malade 4 centigrammes de mercure, soit la quantité contenue dans 5 centigr. 4 de sublimé. Si les affirmations de M. Leredde étaient légitimes, c'est-à-dire si la dose de mercure absorbée était la mesure de l'action toxique ou curative, vous devinez ce qui serait arrivé. Je vous laisse le soin de conclure.

Avec l'hermophényle l'expérience des autres conduit aux mêmes résultats. M. Leredde lui-même dit avoir injecté tous les jours à des malades 12 centigrammes d'hermophényle, soit 4 centigr. 8 de mercure métallique; ce qui représente 6 centigr. 5 de sublimé. Pour être logique, il devrait pouvoir injecter 6 centigr. 5 de sublimé chaque jour; l'oserait-il? Ce n'est pas tout encore. Il est probable que l'on pourrait pousser plus haut

les doses d'hermophényle injecté; car par la bouche ce corps éminemment soluble et probablement très absorbable a été donné à la dose de 32 centigrammes par jour, soit 12 centigr. 8 de mercure, c'est-à-dire plus qu'il n'en existe dans 17 centigrammes de sublimé et dans 16 centigrammes de cyanure. Sont-ce là des faits ou des comparaisons prises pour des raisons? Pour tout esprit non prévenu la réponse est claire. La teneur en mercure n'est pas tout. Le milieu dans lequel est engagé le métal modifie dans une certaine mesure ses propriétés. Le fait est incontestable pour la toxicité et vraisemblable pour l'activité thérapeutique. Voilà la conclusion légitime.

J'espère que M. Leredde lui-même le comprendra, lui qui ne comprend pas que j'aie pu écrire de la roséole syphilitique que c'est une affection facilement curable. Du reste, à l'appui de ses opinions, M. Leredde dédaigne de nous fournir des arguments. A l'inverse du sage, il aime mieux les assertions que les preuves et procède par affirmation, je dirais presque par aphorismes si je ne craignais de blesser sa modestie bien connue. C'est ainsi qu'après avoir déclaré que la quantité de mercure introduite dans l'organisme dans l'unité de temps est la seule question essentielle de la cure hydrargyrique, il nous affirme que tous les composés mercuriels introduits dans l'organisme sont transformés. Le fait est peut-être vrai, mais qu'en sait-il? Où sont les preuves? Déjà il nous avait affirmé que dans les trois jours *les trois quarts du calomel* introduit dans un muscle sont solubilisés. A-t-il, à l'appui de cette affirmation trop précise, produit un semblant de preuves des analyses, des faits, quelque chose enfin? Non, rien que des affirmations, toujours des affirmations. Pourquoi donc s'étonne-t-il que je trouve ses assertions gratuites et quelquefois invraisemblables; j'aurais pu être moins indulgent.

Je ne crois pas utile d'insister davantage, de remuer plus longtemps le fer dans la plaie, et j'arrive aux conclusions de M. Leredde sur l'emploi des injections. Après sa vive critique d'une communication qui renferme tant d'erreurs, je pensais qu'elles seraient très différentes des miennes, et j'ai été surpris de voir qu'il n'en

était rien. Ce sont, en effet, bien mes conclusions qu'adopte M. Leredde. C'en est sinon le texte précis, du moins l'esprit général, et je suis étonné de voir que sur quelques points nous puissions être d'accord. J'avais parlé de l'insuffisance des injections solubles dans les accidents tertiaires graves; M. Leredde se rallie à mon opinion. Il lui plaît, il est vrai, de supposer que je les ai faites à dose faible, et, en cela, il se trompe, car j'ai porté quelquefois la dose de cyanure à 2 centigrammes par jour, ce qui ne peut guère être dépassé.

M. Leredde est également d'accord avec moi pour ne pas faire des injections solubles le traitement de choix des cas ordinaires. Il préconise l'usage habituel de l'huile grise que je réserve plutôt aux cas un peu tenaces et surtout aux malades intolérants de l'estomac qui ne veulent pas des frictions. Quant à la question de doses, si je n'ai pas pris la peine d'en parler explicitement, c'est que, pour les injections solubles comme pour les autres, j'employais les doses usuelles, soit 1 centigramme, plus rarement 2, de cyanure pour les injections solubles; de 5 à 8 centigrammes de mercure pour l'huile grise, de 5 à 10 centigrammes de sel pour le calomel. Exceptionnellement, dans deux cas, j'ai injecté 5 centigrammes d'oxyde jaune dissous dans une solution de glycocolle; j'ai obtenu, il s'agissait de troubles des milieux profonds de l'œil, une action curative très énergique mais aussi des phénomènes d'intoxication (vomissements, diarrhée, fièvre, malaises et douleurs très vives au point injecté). Comme le calomel, dans des cas d'apparence analogue, m'a donné avec moins de risques et de douleurs des résultats à peu près aussi bons, je n'ai pas persévéré. Ceci dit pour montrer à M. Leredde que si je n'ai pas toujours parlé de doses, je n'ai pas toujours manié timidement les injections solubles.

J'avais affirmé dans les cas rebelles la supériorité du calomel dont l'emploi me paraît actuellement indispensable quand il faut frapper vite et fort. M. Leredde l'accepte, *à moins*, dit-il, *qu'on ne fasse des injections solubles à doses fortes*. A part cette réserve à laquelle l'expérience que j'ai du cyanure et de l'oxyde jaune ne

me permettra pas de souscrire, tant qu'on n'aura pas trouvé un composé soluble supérieur à ceux actuellement en usage, c'est bien encore ma conclusion; et ce n'était vraiment pas la peine de mettre dans la critique si peu de ménagement pour finir par abonder dans mon sens.

Un mot maintenant sur la question de la parasyphilis. Il y a quelques mois M. Leredde nous avait affirmé avec sa superbe confiance que la paralysie générale et le tabès sont toujours de nature syphilitique directe, aujourd'hui il nous déclare avec la même assurance que la doctrine de la parasyphilis ne repose sur aucune base scientifique, il prétend même l'avoir démontré. En vain ai-je relu ses communications pour y découvrir la démonstration annoncée. J'y ai trouvé comme toujours des affirmations mais rien qui légitime le mot de démonstration. Conclusions trop nettes, points de départ toujours incertains, cette phrase que j'emprunte presque textuellement à M. Leredde me paraît caractériser très justement la nature de son argumentation. Je n'en ai pas été autrement surpris. Il est vrai qu'en pareille matière fût-on absolument dans le vrai, il serait bien difficile de faire la preuve. La question n'est pas susceptible d'une démonstration véritable dans l'état d'imperfection de nos connaissances.

Au moins peut-on dire que, si la preuve rigoureuse de son exactitude ne peut être fournie, la doctrine de la parasyphilis réunit une somme de présomptions qui la rendent bien vraisemblable. Le mot déclenchement dont je me suis servi et que M. Leredde déclare ne pas comprendre, n'a que la valeur d'une comparaison. Pour me mettre à sa portée, je vais m'efforcer d'être plus clair et je dirai simplement que l'intoxication syphilitique paraît préparer le terrain sur lequel évolue plus tard l'affection dite parasyphilitique. Je rappellerai à ce sujet la phrase souvent citée de Charcot : « Le rôle de la syphilis se borne à celui de simple agent provocateur, et cette infection n'est pas la cause véritablement efficiente. »

Si la paralysie générale et le tabès étaient le produit de la syphilis en activité, on les verrait plus souvent coïncider avec

des lésions tertiaires vraies; et chacun de nous sait que cette coïncidence est exceptionnelle. Quand elle existe, le traitement spécifique amène rapidement la guérison de l'accident tertiaire sans modifier les symptômes de la paralysie générale (Joffroy). Les autopsies parlent dans le même sens, puisque sur 275 autopsies de paralytiques généraux deux fois seulement Oscar Muller a trouvé des lésions de syphilis indiscutables. Au dire des médecins qui ont exercé en Afrique (j'emprunte au professeur Joffroy cette indication), les Arabes du désert et les Abyssins, bien que frappés par la syphilis dans une proportion bien plus élevée que la population de nos pays (80 p. 100 en Abyssinie), échappent à la paralysie générale; mais celle-ci comme le tabès se montre chez les Arabes quand ils s'installent dans les grandes villes et y mènent la vie des Européens. En Bosnie et en Herzégovine, pays où la syphilis est d'une fréquence effroyable et non traitée généralement, le Dr Gluck, médecin de l'hôpital de Serajeivo n'a jamais observé un cas de tabès, et quatre de ses collègues interrogés par lui auraient fait la même constatation. L'argument tiré de l'étroite systématisation des lésions a aussi pour le tabès une réelle valeur, et quand M. Leredde écrit que *la syphilis ne fera pas d'affection systématique tant qu'on n'aura pas démontré qu'elle ne peut en faire*, je crois *qu'il ne se rend pas bien compte de la portée de ce qu'il écrit.* Enfin le grand argument tiré de l'impuissance du traitement conserve toute sa puissance. Si le tabès et la paralysie générale étaient de nature et non simplement d'origine syphilitique, il serait étrange que le traitement spécifique fut aussi régulièrement impuissant. Il devrait se montrer tout au moins capable d'enrayer, sinon de guérir, car il n'est guère vraisemblable que dans des maladies dont la durée se compte par années, les lésions soient, dès l'origine, aussi étendues que l'autopsie nous les montre. Je sais bien que l'on fait grand bruit de quelques améliorations obtenues par le traitement spécifique. Avant d'affirmer ce que je ne veux d'ailleurs pas nier, que le mérite en revient au traitement spécifique, je crois à ce sujet quelque réserve nécessaire.

Les recherches modernes ont montré pour le tabès comme pour

la paralysie générale que ces maladies ne sont pas toujours fatalement progressives, et présentent quelquefois des rémissions spontanées, des arrêts d'évolution. Dans d'autres cas il est permis de penser que le diagnostic a manqué d'exactitude et que l'on a qualifié d'ataxiques sur des symptômes incomplets des gens qui ne le seraient jamais devenus. Ces réserves faites, je ne conteste pas cependant que l'on ne puisse compter à l'actif du traitement spécifique, institué de bonne heure, quelques succès; mais je les crois bien exceptionnels. Pour le tabès, au début de la période d'incoordination motrice et même avant elle, je n'ai pas été assez heureux pour en voir et pourtant j'ai traité énergiquement par le calomel un certain nombre de ces malades. M. Leredde me reproche d'être sur ce point en contradiction avec M. Fournier. Si le fait était vrai, ma respectueuse estime pour l'autorité, le caractère et le talent de M. Fournier, pourrait me faire supposer que j'ai rencontré une série malheureuse; mais en réalité il n'en est rien. M. Leredde a parfois la mémoire bien courte. Le 6 mars de cette année M. Fournier lui répondait devant moi. Ici je cite textuellement.

« Pour les besoins de sa thèse, M. Leredde considère le tabès comme une affection volontiers curable. Erreur grave. Sur 1.300 cas de tabès que j'ai observés, je crois en avoir guéri *un*, mais je suis bien certain de n'en avoir pas guéri deux... Que, d'ailleurs, on veuille bien se rappeler qu'il existe des tabès qui s'enrayent spontanément dans leur évolution comme aussi des tabès frustes chez la femme spécialement. »

Je me borne à cette citation de M. Fournier pour ne pas allonger outre mesure ma réponse. Si M. Leredde le désire, je pourrai lui fournir une liste d'auteurs et non des moindres qui partagent le même avis.

Quant à la paralysie générale, à laquelle s'appliquait plus particulièrement le mot de fréquemment nuisible, je n'ai guère d'expérience personnelle les malades de cette catégorie s'adressant plutôt aux médecins aliénistes. Parmi ceux-ci, outre M. Christian dont je n'ai pas exagéré l'opinion personnelle, je

citerai le professeur Joffroy à qui j'emprunte les lignes suivantes : « Pas plus pour la paralysie générale que pour le tabès on ne peut apporter de cas de guérisons obtenues par le traitement antisyphilitique. J'ajouterai que, par contre, on observe généralement une marche plus rapide des accidents, chez les malades que l'on s'obstine à traiter énergiquement de cette manière. »

Dans le cours de cette année, à la société médicale des hôpitaux le Dr Anthony a cité le fait de deux paralytiques généraux chez lesquels, la maladie qui poursuivait son évolution d'une façon relativement modérée, prit une allure rapide à la suite d'un traitement intensif. L'un d'eux fut emporté en quelques jours (13 mars 1902).

Personnellement, dans la paraplégie spasmodique syphilitique, j'ai vu deux fois le traitement intensif par l'injection de calomel exaspérer les accidents. Chez mon premier malade j'avais cru simplement à une coïncidence malheureuse, le sujet étant devenu après trois injections de 0 gr. 05 tout à fait incapable de marcher. Mon second malade était en traitement quand MM. Brissaud et Marie ont publié leur note sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique. Deux injections avaient été déjà faites, et la paralysie s'était manifestement aggravée. Eclairé par la communication précédente, je fis immédiatement suspendre les injections et traitai simplement par l'iodure. Je ne saurais dire si l'aggravation causée par le traitement s'est maintenue, car au bout de quelques semaines le malade a cessé de venir à ma policlinique.

Ces faits et ces citations que des recherches bibliographiques permettraient peut-être de multiplier, sont de nature à nous inspirer quelques réserves sur la valeur des traitements intensifs de la paralysie générale et de la paraplégie spasmodique syphilitique *à la période d'état*. Ils me paraissent suffisants pour justifier l'épithète de fréquemment nuisible, et sont la condamnation pour ces cas du traitement intensif que M. Leredde préconise toujours. Je me garderai d'ailleurs bien de généraliser et de dire que le traitement spécifique ne doit jamais être intensif. Je pense

au contraire que, si l'état morbide est peu avancé, nous devons tout d'abord recourir à une mercurialisation énergique. C'est dans ces cas que l'injection de calomel trouve une de ses indications les plus nettes. Mais je crois aussi que, lorsque après une série de ces injections, faites au besoin à haute dose (10 centigr.), l'amélioration ne survient pas, il est inutile et pourrait même, en cas d'aggravation, devenir dangereux de persévérer.

M. Albert Robin. — Je demande à mon vieil ami M. Danlos la permission de lui répondre et de m'excuser si je ne suis pas de son avis sur la question de la non-curabilité du tabès par le traitement mercuriel. Voici en particulier un fait qui m'a beaucoup frappé. Il s'agissait d'un officier de cavalerie étranger que je vis en 1879 avec le diagnostic de tabès fait par Charcot et par Gubler. Il existait de l'incoordination motrice extrêmement marquée, de l'impuissance génitale, des douleurs fulgurantes, des troubles oculaires; bref le tableau était au complet. Le malade, ancien syphilitique, suivit à plusieurs reprises un traitement mercuriel extrêmement énergique, sous forme de frictions. Il guérit complètement, tous les symptômes disparurent; il put reprendre une vie extrêmement active, monter à cheval; il est aujourd'hui général.

Mon opinion formelle est que les tabétiques ne guérissent pas, parce qu'on fait le traitement trop tard et parce qu'on ne le fait pas d'une manière suffisante; et c'est en raison d'échecs qui s'expliquent facilement qu'on a fait du tabès une maladie parasyphilitique. J'ajoute que, pour ma part, j'emploie les injections mercurielles solubles et intensives depuis longtemps déjà, et elles m'ont donné dans le traitement de la syphilis et de ses manifestations soi-disant parasyphilitiques des résultats que je n'ai pas obtenus en général par les autres procédés.

M. Leredde. — Je ne répondrai à M. Danlos aujourd'hui que sur la question de la parasyphilis, n'ayant pas entendu le début de sa note.

Mon rôle dans cette question a été de chercher à démontrer

une vérité qui ne paraissait pas l'être et de le faire entrer dans la conscience médicale.

On m'a demandé à la Société de Neurologie : « Apportez-vous des observations nouvelles ? » A quoi bon aurais-je pu répondre, puisqu'il existe déjà 60, 80, peut-être 100 observations de guérison du tabès et de la paralysie générale par le traitement mercuriel ; j'en apporterais 10 et plus que je ne croirais pour le moment pouvoir convaincre personne.

Mais, ayant guéri par un traitement mercuriel énergique un malade atteint de tabès, j'ai étudié de près la question des affections dites parasyphilitiques. J'ai trouvé des contradictions dans le livre de M. Fournier sur ce sujet, et je suis arrivé à cette conclusion que la théorie des affections parasyphilitiques n'avait pas de base, et que le tabès, la paralysie générale devaient être compris comme des affections syphilitiques rebelles du système nerveux parce qu'on ne pouvait expliquer autrement les faits authentiques de guérison qui avaient été publiés. Puis j'ai trouvé des contradictions plus graves entre le livre de M. Fournier sur l'*Ataxie d'origine syphilitique* (1882), où M. Fournier affirme la curabilité du tabès et cite des observations à l'appui de sa théorie, et son livre de 1894 où il nie la curabilité.

Ce travail de démonstration logique, que je vais compléter incessamment, une fois fait, les observations futures prendront une valeur et pourront être considérées comme démonstratives. Mes observations nouvelles seront publiées dans deux ou trois ans, mais je me garderais à l'heure actuelle d'engager la discussion sur ce terrain, tant que mes documents seront incomplets. Ceux qui existent devraient suffire à ceux qui, admettant l'origine syphilitique du tabès et de la paralysie générale, comprenant que la théorie parasyphilitique n'a pas de base, admettront après aussi que les tabétiques et les paralytiques généraux ont été presque toujours insuffisamment soignés, irrégulièrement soignés et soignés à des époques où les lésions dégénératrices sont incurables.

De l'impossibilité d'établir pour l'individu sain un régime alimentaire en quantité exclusivement basé sur la notion du poids du corps,

par le Dr P. DIGNAT.

L'intéressante communication faite par M. Bardet à la dernière séance comprend deux parties bien distinctes. Dans la première, notre distingué collègue établit la nécessité qu'il y a d'instituer chez certains dyspeptiques un régime alimentaire « en quantité »; dans la seconde, il essaie de démontrer l'utilité qu'il y aurait à déterminer également un régime « en quantité » pour l'homme à l'état sain.

Je ne m'arrêterai pas sur le premier point. Il s'agit là d'une question de thérapeutique appliquée à un groupe d'affections bien définies, et je laisse à ceux de nos collègues qui, par une étude plus approfondie de ces maladies, ont acquis une compétence spéciale en la matière, le soin de discuter et, s'il y a lieu, de critiquer les faits qui ont été avancés. Pour ma part, je me bornerai à enregistrer les résultats des observations que nous a présentées M. Bardet, me réservant de faire mon profit de cette notion, si nettement mise en lumière par lui, que certains dyspeptiques peuvent vivre très convenablement avec une quantité d'aliments que jusqu'à ce jour j'aurais considérée comme étant absolument insuffisante. Une telle notion a, pour le praticien, une importance considérable, et je suis fort reconnaissant à M. Bardet de ce qu'il ait attiré notre attention sur ce point.

En ce qui concerne la seconde partie de son travail, je me permettrai, au contraire, de présenter quelques observations. Ici, en effet, il n'est plus question du régime qu'il convient d'instituer chez une catégorie de malades, mais il s'agit du régime auquel il y aurait lieu de soumettre tout individu bien portant. Nous passons du domaine de la thérapeutique dans celui de l'hygiène. Or, bien que ce sujet sorte un peu du cadre des travaux habituels de notre Société, je me crois autorisé, puisque notre

aimable secrétaire général lui-même nous y invite, à envisager la question par ce côté nouveau.

Après avoir indiqué, d'une façon très précise, le régime « en quantité » imposé par lui à deux dyspeptiques, régime qui, d'après sa propre expression, « semble au premier abord une ration de famine », M. Bardet nous dit : « J'estime que l'homme peut « vivre, même quand il est sain, dans de pareilles conditions .. » Eh bien, j'ai le regret de dire que cette assertion me paraît être bien hardie, et, tout au moins, beaucoup trop absolue.

Certes, je suis d'accord avec M. Bardet, quand il nous dit que nombre d'affections chroniques ont pour cause l'exagération alimentaire, et surtout l'exagération de la consommation d'albumine. Comme lui, et comme MM. Albert Robin et Sevestre, je suis convaincu qu'une alimentation trop abondante est capable de déterminer des troubles profonds. C'est là d'ailleurs une notion fort ancienne... Mais, à mon avis, il y a loin de cette conception aux conclusions générales de M. Bardet.

Je rappellerai d'abord que, chez l'homme sain, la ration d'entretien varie suivant une foule de circonstances. Ces circonstances sont relatives à l'âge, à la taille, au poids, à la somme de travail effectué, et, ne l'oublions pas, au milieu dans lequel vit l'individu. D'autre part, il convient également de tenir compte de certaines influences particulières, variables d'un individu à l'autre, et au nombre desquelles, ainsi que l'a fait remarquer notre collègue M. Linossier, figure l'hérédité.

Si, à ce premier groupe des circonstances, on ajoute maintenant certaines conditions spéciales étroitement liées à un état diathésique bien défini, ou à différents états morbides, on s'aperçoit bientôt que la question est singulièrement compliquée, et on ne tarde pas à se rendre compte qu'il est à peu près impossible de fixer d'une façon invariable la quantité d'aliments azotés ou non azotés nécessaire pour entretenir l'équilibre d'un organisme.

M. Bouloumié nous citait le fait que dans les régiments de cavalerie, tous les chevaux, bien qu'étant de même race, bien qu'ayant à peu près la même taille et le même poids, et bien que

fournissant la même somme de travail, ne s'accommodaient pas également de la ration journalière, cette ration étant exagérée pour les uns, insuffisante pour les autres. Cet exemple, emprunté par notre collègue à des faits observés dans la race chevaline, se retrouve également dans nombre d'observations analogues recueillies sur d'autres races d'animaux. Ces faits sont bien connus d'ailleurs de tous les éleveurs.

M. Bardet m'objectera-t-il que les diverses circonstances que je viens d'énumérer n'ont pas toutes la même importance, et que sauf la notion du poids de l'individu, la seule d'ailleurs dont il paraît se préoccuper, il en est dans le nombre qu'on peut considérer comme étant négligeables? Je ne le pense pas, car je me verrais dans la nécessité de lui demander, par exemple, s'il ne croit pas qu'il y ait lieu de tenir compte de l'âge du sujet, et s'il ne pense pas qu'un organisme en voie de développement exige, toutes proportions gardées, une ration alimentaire supérieure à la ration nécessaire à un organisme complètement développé ou encore à un organisme vieilli?

Et pourtant, comment ne pas lui faire une pareille question, puisque lui-même écarte délibérément et d'une façon par trop systématique, à mon avis, la notion du travail effectué?

Il nous fait remarquer, il est vrai, qu'un de ses sujets, soumis à un régime dont il nous a donné la teneur exacte, a pu faire à la montagne des marches d'environ 45 à 50 kilomètres « sans fatigue extrême ». Mais je ferai observer à mon tour que, dans le cas particulier, le sujet en question se trouvait dans des conditions de milieu exceptionnelles, qu'il était en déplacement, en villégiature, qu'il était momentanément délivré de ses préoccupations ordinaires, qu'il s'était arraché à ses travaux habituels, qu'il ressentait enfin les avantages de la vie au grand air.

Il ne s'agit donc plus d'un travail quotidien régulier. Du reste, M. Bardet affirmerait-il que le même sujet, ayant aujourd'hui réintégré la ville et repris son genre de vie habituel, serait capable de fournir la même dépense d'énergie musculaire? Je me refuse à le croire, de même que je me refuse à croire que la même ration

alimentaire puisse convenir à un même individu qui habiterait tour à tour un pays chaud et un pays froid.

Donc, même chez des individus absolument sains, je ne puis concevoir la possibilité d'établir une formule invariable permettant de déterminer, d'après la seule donnée du poids du corps, la quantité d'aliments nécessaire.

La chose est-elle possible lorsqu'il s'agit d'individus en puissance d'une diathèse bien définie, ou atteints d'une affection ne paraissant avoir aucun retentissement, direct tout au moins, sur les fonctions digestives? Je ne le crois pas davantage. Car, ici encore, il y a lieu de tenir compte des différences individuelles dont la cause, il faut le reconnaître, nous échappe le plus souvent.

Beaucoup d'arthritiques ont un besoin réel d'une ration alimentaire qui assurément semble exagérée; et, chez eux, ce besoin est tellement impérieux que, si, dans un but thérapeutique, on réussit à obtenir d'eux qu'ils réduisent le taux quotidien de cette ration, on voit souvent apparaître des accidents imprévus.

Je connais des goutteux pour lesquels *le besoin de manger* est loin d'être, pour me servir de l'expression de M. Bardet, *une superstition*. A la suite d'un accès de goutte plus violent que les précédents, l'un de ces malades se résigna à lutter contre la sensation de faim, et à réduire au taux minimum la dose d'aliments à ingérer, après avoir fait un choix judicieux sur la nature et la qualité de ceux-ci. Or, ce malade ne tardait pas à s'anémier, à maigrir, à perdre de son poids. Bien plus, il ne tardait pas à avoir une série d'accès subintrants plus violents les uns que les autres. Cela ne le découragea cependant pas, et, résolument, il persista dans l'observation du régime qu'il s'était imposé. (Le malade dont il s'agit est un de nos confrères que plusieurs d'entre nous connaissent bien.) Une neurasthénie à forme dépressive des plus intenses vint aggraver son état.

D'un autre côté, je connais un goutteux qui, bien que se livrant à des travaux nécessitant, en même temps qu'un effort cérébral, certains efforts physiques, pourrait être considéré presque comme anorexique. Ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs, d'avoir

assez fréquemment de légers accès de goutte, et, dans l'intervalle, des poussées d'eczéma, parfois aussi de petites crises d'asthme.

Dans les névroses, il n'est pas rare non plus d'observer des différences analogues. Pour une même névrose, on observera chez tel individu de l'anorexie, tandis qu'on observera chez tel autre une boulimie véritable.

Or, la formule invariable que nous donne M. Bardet, pourrait-elle être appliquée indistinctement à ces différents sujets? Je ne le crois pas, et je suis plutôt disposé à penser que si cette méthode se généralisait nous nous exposerions à de nombreux et graves déboires.

M. Bardet voudrait que le médecin s'habituât à doser l'aliment comme il dose le médicament.

En principe, je suis d'accord avec lui sur ce point. Mais je suis d'un avis tout différent si la formule qu'il nous propose pour ce dosage, est basée sur l'unique donnée du poids du corps, sans qu'il soit tenu compte des autres circonstances que je viens de passer rapidement en revue. L'examen de ces circonstances a une importance réelle, et j'estime que, comme pour le dosage d'un médicament, il y a lieu de tenir compte, lorsqu'on veut doser l'aliment, de la disposition individuelle, en un mot, de ce qu'on appelle l'idiosyncrasie.

Au cours d'une discussion à peine close, un de nos collègues disait avec raison que nous avions en parlant et en écrivant une certaine responsabilité. Je crains fort que mon ami Bardet n'ait assumé une responsabilité un peu lourde en affirmant que « l'on se trompe grossièrement quand on parle du *besoin de* « *manger* de l'homme et de la nécessité de réparer ce que l'on « suppose devoir être les pertes journalières en calories ».

Nous connaissons tous la tendance qu'a le public à généraliser certaines notions dont la valeur exacte échappe le plus souvent à sa portée.

A la suite de la campagne menée par un certain nombre de médecins contre l'usage du vin, il nous a été donné de voir une quantité de gens — surtout dans la haute société — supprimer

complètement l'emploi de cette boisson. Il est vrai qu'à la place du vin, dont la plupart d'ailleurs ne consommaient que des doses très modérées et, par conséquent, absolument inoffensives, beaucoup de ces mêmes personnes ont pris l'habitude d'absorber des quantités exagérées de thé, de café, et autres boissons analogues que, souvent même, on additionne d'alcool, remplaçant ainsi un produit de fermentation nullement dangereux, lorsqu'on n'en fait pas un abus, par des produits de distillation toujours plus ou moins toxiques.

Vienne le jour où le même public aura été persuadé qu'il est dangereux de manger, ou du moins d'ingérer la quantité d'aliments qu'il a été habitué à absorber, et nous le verrons alors remplacer l'alimentation que j'appelle *normale* par l'ingestion de produits divers, tels que kola, coca, etc., pour ne citer que ceux-là. Or, je me demande si cette substitution sera bien avantageuse ?

Je donne mes soins à une famille qui possède deux jeunes enfants actuellement âgés de six et huit ans. Le père, homme intelligent et qui d'ailleurs occupe une situation brillante dans l'armée, est convaincu que le seul moyen de se bien porter consiste à manger le moins possible. Mettant cette théorie en pratique, il s'applique à empêcher ses enfants de manger à leur faim, réduisant au strict minimum le nombre de leurs repas ainsi que la dose des aliments dont il a permis l'usage. Or, ces deux enfants qui éprouvent le besoin de manger et qui, de ce fait, quoi qu'en disent les parents, souffrent de la faim, en sont réduits, pour calmer celle-ci, à ingérer des quantités de sucre en réalité énormes. Peut-on affirmer qu'un usage de sucre aussi immodéré ne présente aucun inconvénient ? Je ne le crois pas. J'affirmerais plutôt qu'il y aurait avantage pour les enfants en question à manger plus de pain, plus de légumes, voire même plus de viande.

M. BARDET. — Je crois que M. Dignat, a mal interprété la question, que j'ai posée devant la Société, et je tiens à en bien préciser les limites. Dans ma communication je n'ai eu nulle-

ment l'intention d'embrasser toute l'alimentation. J'ai jeté uniquement un cri d'alarme. J'ai voulu mettre en évidence que tout individu pour *s'alimenter* n'est pas obligé d'ingérer de grandes quantités d'aliments et j'ai cherché uniquement à prouver que les chiffres de ration alimentaire cités dans les traités de physiologie ne sont que très relatifs, et en général bien au-dessus de la quantité moyenne nécessaire à l'entretien de l'organisme.

Il est incontestable que le régime à établir pour un enfant n'est pas le même que celui qui convient à un adulte, les besoins de l'organisme de l'enfant différant totalement des besoins de l'organisme de l'adulte. Ce sont là autant de points différents à traiter dans la question, et à examiner.

Je retiens uniquement pour le moment dans la réponse de M. Dignat le mot final : pourquoi remplacer la viande par du sucre? Parce que la viande est le plus mauvais calorigène qu'on puisse choisir, et que le sucre au contraire est un merveilleux calorigène qui remplacera très avantageusement l'alimentation carnée, quand il s'agira de produire chaleur et énergie. L'aliment azoté doit uniquement réparer les pertes du protoplasma, le muscle consomme uniquement des hydrocarbones pour produire de la force.

M. Dignat. — Je croyais avoir bien compris la communication de M. Bardet; il n'y a pas erreur de ma part. Je maintiens même ce fait que M. Bardet a parlé de la superstition de la faim, que c'était une erreur de croire au besoin de manger et que si à vingt ans on s'habituait à prendre une quantité minime d'aliments, nous verrions disparaître dans l'avenir quantité d'affections.

M. Bardet. — Mais oui, et je maintiens mon opinion.

M. Dignat. — Quant à la question du remplacement de la viande par le sucre ; je ne discute pas. Il est possible qu'*in vitro*, le sucre permette d'obtenir plus de calories, mais jusqu'à ce jour l'homme a été habitué à manger de la viande; usage n'est

pas abus, et je ne vois pas pourquoi on remplacerait par du sucre la viande.

(M. BARBIER commence à développer son argumentation, mais sur la demande du président et en raison de l'heure avancée il remet la terminaison à la prochaine séance. L'impression sera donc faite seulement avec l'ensemble du travail.)

M. HUCHARD. — Messieurs, j'estime que la question qui a éte soulevée devant vous par notre secrétaire général, M. Bardet, est des plus importantes au point de vue thérapeutique, car la meilleure thérapeutique est la méthode prophylactique, la seule qui rende des services immédiats, suivant le principe qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Je tiens donc à appuyer l'opinion de M. Bardet, car il a eu raison de jeter le cri d'alarme qu'il a apporté ici. Je m'associe donc complètement aux paroles qu'il a prononcées, car, pour ma part, je suis de plus en plus convaincu que le plus grand nombre des maladies chroniques sont engendrées par le mauvais régime suivi par l'homme, régime que nous avons la responsabilité de ne pas assez combattre. Parmi ces affections, je mets en première ligne l'artério-sclérose, qui est à elle seule la mère d'une infinie quantité de maux. Aussi, je n'hésite pas à dire que le régime que nous suivons, loin d'être un régime alimentaire vrai, est tout au contraire un régime d'empoisonnement lent, progressif et continu. Telle est mon opinion.

Mais pour embrasser dans ses résultats et ses corrections la grande thèse esquissée par M. Bardet qui a seulement voulu poser la question, j'estime qu'il ne suffira pas de quelques séances. Jadis, lors de ma présidence, j'avais demandé l'organisation de la Société en commissions chargées d'élaborer un formulaire des grands médicaments et des grandes médications. La proposition n'a pu être exécutée, malgré son acceptation. On a sans doute trouvé l'œuvre trop longue et trop difficile. Eh bien! j'estime que la question de l'alimentation est mûre, et nous rendrons un grand service en la mettant dans tous ses

détails à l'étude. Je propose donc que le travail soit divisé, des rapporteurs nommés et que ces travaux de détail, réunis après discussion, forment un grand ensemble.

M. SEVESTRE, président. — La proposition de M. Huchard est très intéressante, elle sera étudiée par le bureau qui se rendra compte des moyens pratiques de la mettre à exécution. Il serait certainement avantageux, si l'exécution est possible, d'accomplir l'œuvre telle que nous l'expose M. Huchard, tout dépendra de la bonne volonté des membres de la Société. J'invite donc ceux qui se croiront dans la possibilité d'y collaborer d'aviser le bureau de leur désir.

Note sur la photothérapie de la scarlatine. Longue durée de la contagiosité dans cette affection,

par le Dr E. SCHOULL (*de Tunis*),
Membre correspondant.

J'ai eu l'honneur déjà de soumettre à la Société l'observation de deux cas de scarlatine, que j'avais eu l'idée de traiter par la photothérapie, et sur lesquels l'influence de la lumière rouge avait semblé particulièrement favorable en ce sens que, grâce sans doute à la soustraction des rayons chimiques de la lumière, aucune desquamation ne s'était produite dans ces deux cas. Depuis ce moment, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs faits identiques, où la maladie paraît même avoir évolué d'une façon plus bénigne qu'avec les autres modes de traitement. En attendant que la sérothérapie de la scarlatine ait donné les résultats qu'on peut en espérer, il est superflu d'insister sur l'importance qu'aurait le traitement si simple par la photothérapie, si son efficacité était constatée dans tous les cas observés ; l'absence de desquamation diminuerait singulièrement la durée, la gravité ultérieure, et surtout le contagiosité de la scarlatine.

J'ai eu, à quatre reprises, l'occasion d'appliquer encore ce traitement photothérapique de la scarlatine : il s'agissait, dans le

premier cas, d'un jeune homme de vingt-sept ans, israélite tunisien, exerçant les fonctions d'instituteur adjoint à l'école de l'alliance israélite. Je fus appelé dès le début de l'éruption scarlatineuse, très nette, avec tous les symptômes classiques d'angine, fièvre, etc.- L'affection paraissait cependant bénigne, la température ne dépassant pas 39°, et les troubles généraux étant peu accentués M. J..., fort intelligent se prêta de bonne grâce au traitement dont je lui avais exposé les avantages possibles, et resta pendant cinq jours dans la « chambre rouge »; la maladie évolua sans la moindre complication; l'urine, examinée chaque jour, ne présenta pas trace d'albumine. Au bout des cinq jours, l'éruption avait totalement disparu, et aucune desquamation ne se produisit.

La seconde observation est moins favorable, du moins en apparence; l'enfant E..., petit garçon de cinq ans, atteint de scarlatine, fut soumis au traitement par la lumière rouge. L'affection, bénigne du reste, évolua normalement, mais la desquamation se produisit : il est vrai de dire que l'on n'avait pu, paraît-il, maintenir le petit garçon, outrageusement gâté, plus de deux jours sous l'influence de la lumière rouge : malgré mes objurgations, les parents, trop faibles, permirent au petit malade de circuler dans l'appartement et n'eurent même pas la précaution, en dépit de mes pressants conseils, d'éloigner deux autres enfants : fillette de sept ans et bébé de dix-huit mois, qui furent contagionnés tous deux. Devant l'impossibilité d'appliquer rigoureusement la photothérapie, je ne la prescrivis même pas pour les deux nouveaux malades, qui desquamèrent comme le premier : les trois enfants guérirent fort bien, du reste.

J'ai observé le troisième cas dans mon service d'hôpital où un jeune homme, stagiaire d'agriculture, entra au troisième jour d'une intense éruption de scarlatine. Il fut immédiatement soumis à la photothérapie, et resta quatre jours dans la chambre rouge ; en raison sans doute de l'application tardive du traitement, il se produisit une légère desquamation sur le ventre, aux mains, aux pieds ; mais cette desquamation fut peu intense, furfuracée sur

le tronc, en très petites écailles aux mains et aux pieds: elle avait complètement cessé en moins de quinze jours et le malade sortait au bout de trois semaines. Il semblerait donc qu'ici la photothérapie, appliquée trop tardivement, n'eût pas empêché la desquamation, mais l'eût favorablement influencée.

Dans le quatrième cas, l'heureux effet de la photothérapie est manifeste : le jeune H..., âgé de dix ans et demi, est pris, le 22 mai 1902, de fièvre, frissons, angine; je le vis le lendemain, et constatai la scarlatine, dont l'éruption se généralisait rapidement. Le petit malade fut soumis aussitôt à la lumière rouge : sédation rapide de tous les symptômes, disparition au bout de quelques heures des démangeaisons vives qui énervaient le malade; un peu d'albumine le premier jour, puis absence définitive. Le petit malade sortit de la chambre rouge le 28, soit au bout de quatre jours : aucune desquamation.

Dans les cas observés le seul traitement, en dehors de la photothérapie, a consisté dans l'antisepsie des voies respiratoires et digestives; régime lacté exclusif.

L'application du traitement par la lumière rouge est des plus simples : toutes les ouvertures sont recouvertes de tentures rouges (le tissu d'andrinople suffit) un peu écartées des fenêtres pour permettre l'aération facile; la porte doit être protégée à l'extérieur et à l'intérieur, de façon qu'en l'ouvrant, la lumière ne puisse pénétrer; les appareils d'éclairage doivent être munis de verres ou d'abat-jour rouges épais : la bougie stéarique est permise cependant, en raison de son faible pouvoir lumineux. Le malade ne doit sortir de la chambre rouge sous aucun prétexte, et y est maintenu jusqu'à disparition complète de l'exanthème. Il faut, en un mot, se conformer aux règles établies, pour le traitement de la variole, par Finsen, le promoteur de la photothérapie.

A propos de la scarlatine, je crois intéressant de relater le fait suivant, qui montre la longue durée de la contagiosité dans cette affection.

J'ai donné, au commencement de novembre 1890, alors que

j'étais à Tunis comme médecin militaire, mes soins au jeune Roland de B..., âgé de onze ans, pour une scarlatine grave, comme symptômes, mais qui guérit sans laisser de traces. A ce moment était de passage à Tunis, où elle habitait chez Mme de B..., sa sœur, Mme G... de Saint-B... avec ses deux enfants, jeune fille de treize ans et petit garçon de neuf ans; toutes les précautions furent prises pour éviter la contagion, et Mme G... partit au mois de décembre, avec ses enfants indemnes, pour Tripoli, où son mari occupait une situation diplomatique.

Au mois de mai 1891, Mme de B... expédiait à sa sœur à Tripoli un colis postal contenant des livres (je m'accuse de donner ces détails, mais ils ont leur importance, comme on va voir). Mme G... devant partir en voyage, le colis ne fut pas défait, mais enfermé dans une armoire qui se trouvait dans la chambre du fils G... Dans le courant de décembre, le paquet, retrouvé par hasard, fut ouvert le matin, entre 8 et 9 heures, sur la table de nuit de l'enfant encore couché, et le papier qui l'enveloppait jeté sur la descente de lit, où il séjourna pendant une demi-heure environ. *Dans la soirée même*, vers 5 heures, l'enfant G... se plaignit d'un grand malaise, de courbature extrême, éprouva des frissons violents, et dut s'aliter; le lendemain matin, il accusait une céphalalgie très vive, eut une fièvre intense, du délire; puis vint une angine, précédant de quelques heures seulement une éruption. Un médecin, appelé aussitôt, constata la scarlatine; la maladie évolua avec une extrême gravité, avec complications articulaires et pulmonaires, et une albuminurie intense qui ne disparut qu'au bout de quelques mois après avoir, à deux reprises, mis en danger la vie de l'enfant.

Quelle était l'origine de cette scarlatine? Depuis douze ans que la famille G... de Saint-B..., habitait Tripoli, on n'en avait pas constaté, paraît-il, en seul cas dans cette ville. La coïncidence de l'ouverture du colis postal attira l'attention de ce côté, et l'enquête prouva que le papier qui enveloppait le colis se trouvait, en novembre 1890, pendant la maladie de Roland de B... dans un cabinet de toilette où l'on jetait le linge du malade, avant de

le désinfecter; le cabinet de toilette fut, du reste, soumis à la désinfection comme les autres pièces de l'appartement, mais celle-ci ne fut pas assez complète, sans doute, et on n'eut pas l'idée de brûler le papier d'emballage qui se trouvait plié sur un rayon : ce papier, dans les plis duquel avait pénétré, sans doute, des poussières de squasmes scarlatineuses avait donc, à plus d'un an de distance, servi de mode de transmission.

L'intérêt du fait que je viens de relater, et dont tous les détails sont rigoureusement exacts, réside surtout dans la durée de la contagiosité (13 mois !), l'extrême virulence du contage après une aussi longue période, la courte durée de l'incubation (8 à 9 heures !) ; il semble démontrer nettement qu'on ne peut assigner une limite exacte à la contagiosité. La virulence du contage semble n'avoir été en rien atténuée par cette longue période. Enfin je ne connais pas de fait de ce genre où la durée de l'incubation ait été aussi courte : cette durée ne serait-elle pas en rapport avec le degré de virulence du contage ? Il ressort en outre de cette observation, comme de bien d'autres du reste, que les mesures de désinfection ne sauraient être trop sévères, et qu'il ne faut pas hésiter à détruire par le feu les objets non susceptibles d'une désinfection suffisante.

La famille G... de Saint-B... ayant quitté Tripoli peu de temps après la maladie de leur enfant, je n'ai pu savoir si d'autres cas de scarlatine s'étaient développés après celui dont je cite l'observation ; cela est peu probable, les précautions les plus minutieuses, et les mesures de désinfection les plus complètes ayant été prises.

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Traitement des kératites suppuratives, essai sur une nouvelle thérapeutique (M. Perrin, *Thèse de Paris*, 1901, n° 418).

Malgré les nouveaux progrès réalisés en thérapeutique oculaire dans ces dernières années, les kératites suppurées constituent encore une affection dont le pronostic doit être réservé. Cependant, il faut agir vite et énergiquement.

Les injections antiseptiques dans la chambre antérieure semblent efficaces dans les kératites accompagnées d'hypopyon, d'iritis ou d'irido-choroïdite. Ces injections, quoique plus délicates à manier que les injections sous-conjonctivales, ne présentent guère de difficultés sérieuses dans leur application. Elles sont moins douloureuses et agissent plus rapidement sur la marche infectieuse.

L'auteur pense qu'on pourrait employer chez l'homme la solution à 1/5000 de cyanure de mercure qui amènerait une guérison plus rapide, mais cette dernière médication est encore dans le domaine de l'expérimentation.

Mal de Pott. Du redressement de la gibbosité et du traitement opératoire de la paraplégie (M. Rozoi, *Thèse de Paris*, 1901, n° 465).

De tout temps les chirurgiens ont essayé de s'opposer à l'accroissement des gibbosités du mal de Pott, et cela par des moyens les plus variés. Ils se divisent en deux groupes : les premiers redressent le rachis, mais respectent la gibbosité. Les

seconds, moins nombreux, veulent rétablir la rectitude du rachis en relevant le segment supérieur, ils escomptent la production d'un cal osseux capable de consolider les deux segments remis en place.

L'idée n'est pas nouvelle, car Hippocrate lui-même rapporte ses tentatives infructueuses.

Le redressement lent et progressif, par étapes successives, avec ou sans chloroforme, conserve de nombreux partisans. Ce dernier est indiqué dans les cas de paraplégie récente de gibbosité non ankylosée. Il n'existe pas dans la littérature médicale de résultat définitif probant.

La mortalité opératoire est plus grande chez l'adulte que chez les enfants. Plus le siège de la gibbosité est élevé, plus la mortalité est grande.

Il ne faut pas intervenir lorsqu'il y a d'autres lésions tuberculeuses ou des escarres sérieuses.

De toutes les opérations, la costo-transvectomie est celle qui ait donné les meilleurs résultats.

Le traitement médical donne 40 p. 100 de guérisons, alors que les opérés meurent dans la proportion de 60 à 70 p. 100. Donc le repos et l'immobilisation sont, encore et toujours, le seul traitement efficace.

Contribution au traitement du lupus de la face par la photothérapie (M. Lepeut, *Thèse de Paris*, 1901, n° 573).

S'il est une question actuellement à l'ordre du jour, en matière de dermatologie, c'est bien celle du traitement du lupus de la face.

On sait que la lumière jouit d'un pouvoir bactéricide considérable, et cette idée conduisit Finsen à la création de sa nouvelle méthode thérapeutique, qui lui fit dire que les rayons chimiques du spectre sont de véritables moteurs de vie et d'énergie.

Ceux-ci agissent sur les placards lupiques par inflammation et prolifération consécutive. En n'oubliant pas l'action mirobicide,

la photothérapie constitue donc sur les autres méthodes de traitement, un progrès considérable et semble être la méthode de choix pour le lupus de la face en particulier, et des parties découvertes.

Ce traitement est indolore, régularité et beauté des cicatrices obtenues; proportion de guérisons plus forte qu'avec les méthodes employées jusqu'ici.

Contribution au traitement des anévrismes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine (M. Potiez, *Thèse de Paris*, 1901, nº 408).

Velpeau le premier tenta l'expérience de la formation d'un caillot dans la poche anévrismale; mais quelques essais malheureux lui firent abandonner sa méthode. Une voie nouvelle n'en était pas moins ouverte, et Lancereaux, en 1900, rapporte plusieurs cas d'anévrismes de l'aorte soignés par les injections de gélatine et ayant donné des résultats marqués.

La solution de gélatine dont on se sert de préférence est la suivante :

Gélatine blanche......................	5 gr.
Solution NaCl à 7 p. 1000.............	200 cc.

Pour injecter cette solution on se sert d'un appareil construit par Mathieu. L'injection se fait de préférence à la fesse, introduire l'aiguille profondément et que l'introduction de la gélatine se fasse en dix minutes.

Dans ces conditions il n'y a pas de douleur, l'absorption est rapide, il n'y a pas de réaction locale ou générale.

L'effet se produit rapidement, imposer le repos absolu au lit et s'abstenir de palper la poche anévrismale immédiatement après l'injection.

Il faut éviter de stériliser à une trop grande chaleur pour ne pas décomposer la gélatine; celle-ci étant un milieu de culture favorable aux microbes pathogènes, on ne saurait prendre trop de précautions dans la préparation du sérum gélatiné.

Traitement du goitre par les injections de teinture d'iode
(M. Lenormand, *Thèse de Paris*, n° 615).

Les injections médicamenteuses dans le traitement du goitre remontent à plus de 40 ans déjà. La teinture d'iode fut le liquide auquel les opérateurs donnèrent la préférence. Celle-ci agit par substitution parenchymateuse. Selon l'auteur la médication est sans danger lorsqu'elle est pratiquée avec l'asepsie désirable et les précautions voulues. Elle amène cependant des inconvénients tels que : étourdissements, otalgie, dysphagie, courbature fébrile, torticolis. Mais ceux-ci ne sont que passagers et cèdent rapidement.

L'injection doit être massive pour agir, une quantité considérable serait nécessaire et non quelques gouttes.

S'inspirer des accidents de la dernière injection pour savoir si on doit augmenter ou diminuer la dose.

On peut employer cette méthode contre toutes espèces de goitre. Le goitre kystique régresse le plus vite; le traitement est toujours long pour les autres variétés.

Toutefois, on doit toujours avoir recours à ces injections avant d'intervenir chirurgicalement, car ce moyen, pour être radical et rapide, entraîne souvent une cicatrice disgracieuse et des troubles de l'économie parfois fort graves.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

La médecine et le socialisme d'État. — L'arsenicisme. — Vertus médicales du poil de chameau. — L'antialcoolisme. — Institut Pasteur de New-York. — La télégraphie sans fil et la médecine. — L'écartement involontaire du petit doigt. — Assurance contre la maladie.

Les médecins hollandais travaillent à la constitution d'un fonds d'État destiné à fournir un traitement fixe à tous les médecins du pays, pour les débarrasser des soucis de trouver et de vivre par les honoraires de la clientèle privée. L'Association des médecins hollandais a proposé de prélever, au profit de cette caisse d'État, de 1 à 2 p. 100 des revenus de toutes les personnes qui gagnent plus de 500 florins par an.

Les secours médicaux apportés par ces médecins d'État seraient gratuits pour tout le monde, mais seules les classes aisées contribueraient à l'entretien de ces fonctionnaires de santé. Il y aurait un médecin d'État par 2.000 habitants, ce qui nécessiterait pour les 5 millions d'habitants que compte les Pays-Bas, 2.500 médecins.



Sur la proposition de la direction des constructions navales, le ministre de la Marine a signé le 21 août dernier, une circulaire relative à l'emploi des couleurs vénéneuses. Cette circulaire, très formelle, dit « qu'il ne sera plus passé à l'avenir de marché pour la fourniture du vert arsenical en poudre, et que l'on devra substituer, pour toutes les peintures en blanc, le blanc de zinc au blanc de céruse ».



Le poil de chameau aurait de curieuses vertus médicales. Le roi d'Angleterre, Édouard VII, tiendrait de sa mère une recette « souveraine », contre la migraine insupportable qui ne résisterait pas à l'effleurement des tempes avec un pinceau de poil de chameau ! Les Anglais spleenétiques prétendent aussi qu'un oreiller de cette substance est excellent contre l'insomnie. Sans garantie !



Un journal antialcoolique, paraissant en Belgique, signale l'existence, à Waremme, d'une curieuse Société de jeunes filles qui se sont baptisées, non sans coquetterie, les *Hirondelles*. Toutes ces jeunesses se sont engagées, par serment, à ne jamais épouser un homme porté sur la boisson, comme on dit vulgairement. Voilà qui est très beau, proclame le *Journal de Bruxelles*, et pour peu que cette Société prenne de l'extension, les buveurs seront bien attrapés. Mais toutes les jeunes filles ne font pas partie de « l'Hirondelle » et, malgré qu'elles se jurent à elles-mêmes de ne jamais épouser un buveur, l'amour fera oublier les serments. Tant pis, car si d'une part leur défaillance favorise la repopulation, d'autre part celle-ci risque d'être obtenue à l'aide de dégénérés, d'idiots, d'épileptiques. En fin de compte la société « les Hirondelles » mérite d'être encouragée.



Pendant les années 1900 et 1901 il a été admis à l'Institut Pasteur de New-York pour y recevoir le traitement antirabique 241 personnes qui ont fourni un seul décès, soit une mortalité de 0,41 p. 100.

De ces 241 personnes, 33 avaient été mordues à la face, 162 aux mains et 46 sur d'autres parties du corps.

Dans 88 cas, l'animal mordeur a été reconnu enragé par l'inoculation expérimentale. Dans 60 cas, l'animal a été déclaré enragé par l'examen vétérinaire. Dans 93 cas, l'animal a disparu ou a été tué après avoir présenté des symptômes qui autorisaient le diagnostic de rage.

Le cas terminé par la mort est celui d'une fillette de sept ans, mordue le 13 juin 1901. Elle avait trois morsures à la face qui avaient saigné abondamment et furent cautérisées à l'acide nitrique au bout de quinze minutes. Elle fut soumise au traitement pendant vingt-trois jours, du 14 juin au 6 juillet. Les premiers symptômes d'hydrophobie apparurent le 29 août, et elle succomba le 1er septembre.



Pendant la dernière traversée du transatlantique *Kaiser Wilhem*, de l'Europe à New-York, dit la *Presse médicale* du 20 novembre, un passager italien, le fils de l'ancien premier ministre Rudini, fut pris brusquement d'accidents d'appendicite. Une opération fut décidée ; mais comme on approchait de la terre, on voulut bénéficier des services de la chirurgie moderne dans un hôpital bien installé. On envoya donc une dépêche par le télégraphe sans fil à New-York, distant à ce moment de 50 milles ; et lorsque le vapeur entra dans le port, on trouva une voiture-ambulance qui amena le malade à l'hôpital, où la table d'opérations était toute prête pour l'opération projetée. En ce moment, le malade doit être guéri.



Quand on étend fortement la main, les doigts doivent se juxtaposer. Mais dans certains cas cette juxtaposition est impossible, le petit doigt se maintient ou est promptement ramené à une position qui l'écarte des autres doigts dans une abduction irrésistible.

M. Pailhas (d'Albi), dans une communication au dernier *Congrès de neurologie*, signale avoir observé cet écartement tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt mais plus rarement, des deux côtés : quatre fois dans la paralysie générale, deux fois dans la démence, une fois dans l'hémiplégie syphilitique, etc. Dans tous ces cas, il existait en même temps des troubles du langage articulé, embarras de la parole, hésitation, bégaiement.

M. Pailhas admet par suite que ce signe indique l'existence de lésions capsulaires ou corticales dans les régions qui président, d'une part, au langage articulé, de l'autre aux mouvements des doigts.

⁂

Voilà qui n'enrichira pas les médecins !

Il vient de se fonder à Saint-Pétersbourg une Société d'assurance contre la maladie établie sur les bases ci-après :

Tout locataire d'immeuble faisant partie de l'association s'engage à verser régulièrement à la caisse sociale 1 1/2 p. 100 du prix de son loyer. En retour de cette contribution minime, tout locataire est assuré de recevoir l'assistance médicale et gratuite d'un docteur de son quartier, à toute heure du jour ou de la nuit. Et cette assistance médicale s'étend à tous les membres de sa famille et aux personnes à son service. En outre, la Société se charge de désigner à tous ses membres un certain nombre de pharmacies où les remèdes leur seront fournis à des prix très réduits.

REVUE CRITIQUE

Les récents travaux de M. Armand Gautier sur l'arsenic. **Leur importance pour la thérapeutique,**

par ALBERT ROBIN,
Membre de l'Académie de médecine.

M. Armand Gautier vient de faire une découverte de la plus haute importance. Il a trouvé que l'*arsenic* est un des éléments normaux du corps humain, qu'il existe dans la peau et ses annexes, la glande thyroïde, la glande du sein, le cerveau et dans les os.

Dans une communication récente il a établi que non seulement l'arsenic existe dans les tissus de l'homme, mais dans les tissus de tous les êtres vivants, animaux ou végétaux.

Par quelles étapes successives cet arsenic parvient-il dans l'organisme humain ?

Toutes les algues marines en contiennent. Ce qu'on appelle *le plankton* de la mer, — mélange d'animaux inférieurs et d'algues microscopiques en suspension dans l'eau de la mer, — en renferme aussi. Douze litres d'eau de mer, recueillie dans la Manche à 3 mètres de profondeur et à 100 kilomètres de la côte, en contiennent 0 milligr. 03.

Cet arsenic de la mer vient des roches primitives. En effet, 100 grammes de granit contiennent 0 milligr. 06 d'arsenic. C'est à ces roches, incessamment battues par les flots, que la mer enlève l'arsenic qu'elle renferme. La mer

et les roches sont donc un immense réservoir d'arsenic extrêmement dilué.

Les algues et les poissons l'enlèvent directement à la mer. Les végétaux l'empruntent au sol. C'est par ces intermédiaires alimentaires qu'il pénètre dans l'organisme humain. Donc, introduit chez l'homme par l'alimentation, il entre dans le sang, se fixe dans des organes spéciaux de l'organisme, d'où il est éliminé par les cheveux, la peau, le duvet, etc.

On conçoit qu'un élément aussi important que l'arsenic ne devient pas partie constituante de l'organisme humain, sans y remplir un rôle dominant. De même que le phosphore paraît être l'initiateur des fonctions de la nutrition, il semble, d'après les recherches de M. Armand Gautier, que l'arsenic soit une sorte de metteur en train des fonctions de sensation et de reproduction.

Cette découverte, en dehors de sa portée biologique, a une importance médicale considérable. Non seulement, elle justifie la place que l'arsenic a prise traditionnellement dans le traitement d'un grand nombre d'affections, mais elle ouvre encore à l'emploi de ce médicament des horizons inattendus.

Cette substance qui possédait surtout le triste privilège d'éveiller des idées de poison et de mort, deviendra l'un des agents les plus précieux de la médecine, parce que ses indications pourront être posées avec une précision pour ainsi dire mathématique.

En fixant les organes dans lesquels il se localise et ceux par lesquels il s'élimine du corps humain, M. Armand Gautier élargit le cercle de son emploi. On saura maintenant que dans le traitement du myxœdème, par exemple, on devra l'associer à l'usage des tablettes du corps thyroïde,

et que sa localisation dans le cerveau justifiera son emploi dans nombre de maladies de cet organe.

De même ces découvertes permettront de l'employer avec plus de précision dans les maladies de la peau et des cheveux, sans compter que son action incitatrice sur les fonctions de sensibilité et de reproduction mettra les médecins en possession d'un agent actif contre les troubles, si difficilement curables, de ces organes.

L'arsenic qui était déjà l'un des meilleurs médicaments que l'on pût opposer à la tuberculose et à l'anémie, prend donc de par les découvertes de M. Armand Gautier l'importance d'un agent thérapeutique d'une incalculable valeur.

CHRONIQUE

Panacées d'autrefois.

La Poudre de sympathie

par le Dr Cabanès.

Généralement on croit (1) que c'est le chevalier Digby qui fit connaître en France ce singulier remède. La vérité

---

(1) La *médecine sympathique* peut être considérée comme la première donnée pratique du magnétisme médical.

Dans la matière médicale de jadis figurait l'onguent des armes (*unguentum armarium*), dont Paracelse lui-même composa la formule, et

est que, dès 1647, un traité spécial, dû à la plume d'un oncle de Denis Papin, avait été publié à Paris (1).

Mais nous pouvons préciser davantage l'introduction de cette médication en France.

« Il faut savoir, écrit l'auteur d'un *Discours sur la poudre de sympathie*, qui porte la date de 1644 (2), qu'*il y a quelque deux ou trois ans* que cette poudre commença d'avoir cours en ce royaume; mais elle se donna ouvertement à connaître *en l'année* 1642 (3), en l'armée de Roussillon. »

---

plus tard l'onguent vulnéraire.« Ils étaient fabriqués au moyen des substances les plus étranges, par exemple : de l'*usnée ou* mousse du crâne humain, de la graisse d'une femelle d'ours, tuée pendant le travail de la parturition, du miel, de la graisse de taureau, du bol d'Arménie, de l'huile, du sang, et avant tout de la *mumie*. Les propriétés de l'*onguent armaire* consistaient à guérir les plaies les plus graves par le frottement pur et simple de cet onguent sur l'arme, cause de la blessure ; la vertu de l'onguent vulnéraire se manifestait en le touchant avec le sang du blessé, sans se préoccuper de la distance qui séparait le médecin du malade. » (*Étude philosophique, historique et critique sur le magnétisme des médecins spagyristes*, par le Dr POSTEL, p. 56. Caen, 1860.)

(1) En voici le titre : Nicolaï PAPINII... *De pulvere sympathetico dissertatio*. In-8°.

(2) *Abrégé chirurgical*, d'Honoré LAMY, augmenté d'un *Discours de la poudre de sympathie*, par M. G. SAUVAGEON (édit. de 1644).

(3) Il est pourtant fait mention de la poudre de sympathie, dans un livre du médecin Ericius MOHY, écrit en 1639, que VAN HELMONT, dans le *De sympatheticis mediis*, etc., apprécie en ces termes :

« ... Ericius Mohy (*), dit-il, a fort bien prouvé que, lorsqu'on en met sur le sang sorti des blessures, elle les guérit : mais il n'a point connu la force directrice qui fait que la vertu de la poudre, mise sur le sang, agit sur le blessé dans un lieu éloigné.

« Le sang qui est sur le linge reçoit de la poudre les vertus balsamiques

(*) Cf. MOHY, *Pulvis sympatheticus, quo vulnera sannatur absque medicamenti ad partem affectam applicatione*, in-4°, 1639. — PAPINUS, *Dissertatio de pulvere sympathetico*, traduction française, Paris, in-8°, 1751. — SAINT-GERMAIN, *La poudre de sympathie prouvée naturelle et exempte de magie diabolique*, in-8°. — *Mémoires des curieux de la nature*, Miscellan. Academ. natur. curiosor., 11 déc. 1685 ann., IV (D. CRUEGER, p. 34; J.-L. HAHNEMANN, p. 129). — EWALDT, *Dissertatio de pulvere sympathetico*; Regiomontis, 1762. (POSTEL, *loc. cit.*)

Le secret avait été acheté une cinquantaine de pistoles d'Espagne (1).

Voici la recette de la *poudre de sympathie*, telle que la donne un *Dictionnaire de médecine* du XVIIIe siècle (2) :

« Prenez du meilleur vitriol, par exemple du vitriol de cuivre; purifiez-le par deux ou trois dissolutions, filtrations et cristallisations. Exposez les cristaux au soleil, dans un vaisseau bien net, pendant les mois de juin, de juillet ou d'août, jusqu'à ce qu'ils soient calcinés et blancs. Lorsqu'ils seront calcinés d'un côté, tournez-les de l'autre, et en très peu de jours ils tomberont en poudre. S'ils résistent, il faudra les broyer, les exposer au soleil et les remuer trois ou quatre fois par jour. On en fera ensuite une *poudre* très fine, qu'on exposera derechef au soleil, observant de la remuer deux ou trois fois par jour pendant deux ou trois jours. Ce temps suffira pour la rendre plus blanche.

« Prenez cette poudre pendant que le soleil brûlant don-

---

qu'elle contient; cela est tout simple ; mais cette vertu balsamique ne se porte point sur le blessé par l'influence des astres, et encore moins par un mouvement spontané. L'idée de celui qui applique le remède s'attache à ce remède et en dirige la vertu balsamique sur l'objet de ses désirs. Mohy croit que la puissance sympathique émane des astres : j'en vois la source dans un sujet plus rapproché de nous. Ce sont des idées qui la dirigent, et ces idées sont produites par la charité ou par une volonté bienveillante. C'est pour cela que la poudre opère avec plus ou moins de succès, selon la main qui en fait usage. J'ai toujours observé que ce remède réussissait lorsqu'il était employé avec un désir affectueux et des intentions charitables; il n'a presque aucune efficacité, si celui qui l'administre y met de l'insouciance ou n'y pense pas. Aussi, dans l'action sympathique, je mets ces astres de notre intelligence (l'attention et la charité) bien au-dessus des astres des cieux. Les idées excitées par le désir de faire du bien s'étendent au loin, à la manière des influences célestes, et elles sont dirigées sur l'objet que la volonté leur désigne, à quelque distance qu'il soit. » (Dr POSTEL, *op. cit.*, p. 66.)

(1) Œuvres de P. CORNEILLE, édition Hachette (*Grands écrivains*), t. IV.

(2) *Dictionnaire universel de médecine*, traduit de l'anglais, de M. JAMES, par MM. DIDEROT, EIDOUS et TOUSSAINT, t. VI.

nera dessus à plomb; enfermez-la bien dedans un vaisseau de verre, et tenez-la dans un lieu sec pour l'usage. »

On obtient de la sorte un « styptique tempéré et énergique », dont on se sert avec succès contre les hémorragies par le nez ou consécutives à des blessures.

« Elle (cette poudre) fera renaître les chairs et guérira, si l'on n'est point attaqué » ; lisez : si on a une bonne constitution.

On a fait, dit l'auteur de l'article, sur l'efficacité de ce remède quantité d'histoires romanesques. On lui a attribué des guérisons singulières : d'où son nom de *poudre de sympathie*. Mais, se hâte-t-il d'ajouter, « les praticiens d'aujourd'hui ne donnent point dans ces relations chimériques (1) ».

C'est le chevalier irlandais Kinelm Digby (2) qui contribua plus que tout autre à mettre à la mode la poudre merveilleuse. Il avait acheté, prétendait-il, le secret de sa composition d'un moine italien. Cette poudre avait, à l'entendre, le privilège de guérir les plaies, sans qu'il fût besoin de la

---

(1) Lémery dans son *Cours de Chimie*, édition de 1690 (p. 408), met en doute la valeur de la poudre de sympathie :

« Je ne conseillerais point à un blessé, écrit-il, de faire fond sur un remède de cette nature, car pour une personne qui en aura reçu du soulagement, il y en aura cent qui n'en auront pas aperçu l'effet. »

Baron se montre encore plus sceptique, dans la nouvelle édition qu'il donne, en 1756, de l'ouvrage de Lémery (p. 525).

Baumé, en 1773, déclare sans ambages, que l'action de la poudre de sympathie est « absolument illusoire». (*Chimie expérimentale et raisonnée*, t. II, p. 575.)

(2) Kinelm Digby (1603-1665) fut un des favoris de Charles Ier. Après la mort du roi, il fut emprisonné par ordre du Parlement anglais et ne recouvra sa liberté que sur les instances d'Anne d'Autriche. Il vint alors en France et se fixa à Paris où il devint chancelier de la reine d'Angleterre. Il se lia avec Descartes et les principaux savants de l'époque. (Sur les relations de Descartes avec Digby, V. La Place, *Hermippus redivivus*, t. I, p. 147 et suiv.)

mettre en contact avec elles, sans même qu'on vît le malade qui en était atteint.

Primitivement, on se servait du vitriol commun, tel qu'on le trouve chez les droguistes ; on le faisait dissoudre dans de l'eau de source ou de pluie, « en quantité telle qu'en y jetant un morceau de fer poli, ce fer en reçut la couleur de cuivre (1) ».

Voici comment on s'en servait : « on y trempait un morceau de linge sec et teint du sang de la personne qu'on voulait guérir. Si le sang, dont le linge était teint, était récent et fluide, il ne s'agissait que de répandre un peu dessus de la poudre de vitriol, de manière qu'elle en fût imprégnée et qu'elle prît le sang répandu sur le linge ; et de garder l'un et l'autre dans un lieu où la chaleur fût tempérée. On mettait, par exemple, la poudre dans la poche. Quant à l'eau, qu'on ne pouvait point porter de cette manière, on la tenait dans une chambre où la chaleur fût tempérée. Toutes les fois que l'on voyait de cette eau ou que l'on répandait de la poudre sur du linge ensanglanté, le malade se sentait soulagé, comme si on eût appliqué sur la blessure quelque remède souverain. C'est pourquoi l'on réitérait ce pansement singulier soir et matin (2). »

La formule, de simple qu'elle était au début, ne tarda pas à devenir de plus en plus complexe : au vitriol commun on substitua du vitriol de Rome ou de Chypre, qu'on faisait calciner et blanchir au soleil. Les uns y ajoutaient de la gomme adragante (3) ; d'autres, des matières plus ou moins bizarres,

(1) Dictionnaire de James, article *Sympatheticus pulvis.*

(2) Dictionnaire de James, traduit par DIDEROT, *loc. cit.*

(3) Voici la recette que donne VALLANT, « pour faire la poudre de sympathie » :

« Prenez vitriol romain et gomme adragant lesquelz on calcine on les

telles que des ongles, des cheveux, des os calcinés et pulvérisés.

Digby, lui, prétendait garder le secret de son remède, dont le succès, du reste, était tout entier dans son application.

Pour répondre à la curiosité générale, il consentit néanmoins à s'en expliquer devant une assemblée de savants et de gens du monde, « des personnes de qualité », réunis à Montpellier. C'est en présence de cette élite qu'il prononça son fameux *Discours de la poudre de sympathie*.

Il ne s'embarrassa pas de relater de nombreux cas de guérison. Il en rapporte un seul, mais celui qui en était l'objet était sujet d'importance; et, de plus, sa guérison avait été contrôlée par un des plus grands rois de l'Angleterre, Jacques Ier, par son fils, le roi Charles, et par leur premier ministre, le duc de Buckingham. On ne pouvait exiger de meilleures références.

Nous nous contenterons de résumer cette « observation » capitale, renvoyant à l'ouvrage original de Digby (1) ceux qui la voudraient connaître dans toute sa teneur.

étend sur du papier fort épais et met-on au soleil durant la canicule e quand le soleil est fort ardent environ un mois, et elle est faite.

« Pour s'en servir quand quelqu'un est blessé, on presse la plaie en le rejoignant, et du dernier sang qui en sort on en imbibo un linge blanc sur lequel on met une pincée de ladite poudre, et sur la blessure un autre linge blanc de la grandeur de celuy qui aura esté mis sur la playe qu'on bande simplement et qu'on renouvelle de vingt-quatre heures commo celuy aussy où est le sang où l'on met de nouvelle poudre jusqu'à parfaite guérison. Ce qui se peut faire quand on seroit à cent lieues de la personne. Il faut que celuy qui pense le lingo ensanglanté prenne garde de le mettre en lieu qui ne soit ny trop chaud ny trop humido do peur d enflammer la playe ou rendre trop visqueuse. » (*Le Monde médical parisien sous le grand roi, suivi du Portefeuille de Vallant*, par le Dr P.-E. Le Maguet. Paris, Maloine, 1899, p. 470-471.)

(1) *Nouveaux secrets expérimentez*, etc. *Avec son discours touchant la guérison des plaies par la poudre de ympathie*. La Haye, M.DCC.XV.

Un gentilhomme anglais, ayant voulu intervenir entre deux de ses amis qui se battaient en duel, fut assez grièvement blessé à la main. On lui banda le membre avec des jarretières, pour arrêter l'hémorragie, et on envoya quérir un chirurgien pour examiner la blessure.

Quatre ou cinq jours après l'accident, le blessé se rendait lui-même chez le chevalier Digby, dont il avait entendu vanter les prouesses extraordinaires. « Peut-être, lui dit le chevalier, aurez-vous de la peine à accorder quelque confiance à un homme qui prétend vous guérir sans vous voir et sans vous toucher, et serez-vous tenté de traiter mon remède de chimères. Mais confiez-vous à moi et je vous promets de vous guérir. »

Le chevalier demande alors à son client s'il n'a rien qui fût teint du sang qu'il avait répandu. Celui-ci envoie chercher une des jarretières qui avaient servi à bander sa main.

Digby plonge alors la jarretière dans un bassin d'eau contenant une pincée de vitriol; en même temps qu'il observait le blessé, en train de causer, à l'extrémité de la pièce où ils se trouvaient, avec une autre personne : « Je le vis, narre le chevalier, tressaillir subitement, comme s'il se passait quelque chose d'extraordinaire en lui. Je lui demandai comment il se portait. — Je n'en sais rien, me répondit-il, mais je ne souffre plus; je viens de sentir une fraîcheur douce se répandre sur toute ma main, comme si on y avait appliqué une serviette mouillée et l'inflammation qui me tourmentait ne subsiste plus. »

Mais écoutons le chevalier poursuivre son récit : « Je tirai l'après-midi la jarretière de l'eau, écrit Digby, et je la fis sécher devant un grand feu : à peine fut-elle sèche, que je vis arriver le domestique de M. Howell (c'est le nom du blessé), qui me dit, tout hors d'haleine, que son maître se

sentait brûler la main, ni plus ni moins que s'il l'avait entre des charbons, et avec une violence qu'il n'avait jamais éprouvée. Je dis à ce domestique que je le savais, que cela ne me surprenait point, que je connaissais la raison de cet accident; que j'allais y pourvoir sur-le-champ, et que je comptais que son maître serait soulagé avant son retour; mais toutefois que si les choses n'étaient pas comme je m'en flattais, il revint promptement et qu'au contraire il restât si son maître ne se sentait plus brûler. Il partit, et je remis sur-le-champ la jarretière dans l'eau; aussitôt la douleur cessa. Enfin, il ne ressentit aucune douleur dès le jour; et il s'en était à peine écoulé cinq ou six que ses blessures cicatrisèrent et qu'il fut parfaitement guéri. »

Le bruit de cette cure ne tarda pas à venir aux oreilles du premier ministre, le duc de Buckingham et, bientôt après, à celles du roi.

Jacques Ier voulut savoir de qui Digby tenait le secret de son remède. Celui-ci lui répondit d'une manière évasive, mais consentit néanmoins à remettre au souverain une certaine quantité de sa poudre, en lui indiquant la manière d'en faire usage. Sa Majesté se livra à plusieurs essais qui, toujours au dire de Digby, « réussirent d'une manière surprenante ».

Ce fut ensuite au tour du premier médecin du roi, le docteur Mayern de vouloir connaître la recette de la poudre miraculeuse. Mayern la communiqua à son illustre client, le duc de Mayenne, à qui il avait donné ses soins, lors d'un voyage en France.

Après la mort du duc de Mayenne, tué au siège de Montauban, le chirurgien qui avait aidé le duc, dans les cures qu'il faisait avec la *poudre de sympathie*, en vendit le secret

à plusieurs personnes de qualité et réalisa de la sorte une grosse fortune.

* * *

C'est qu'il fut un temps où tout le monde en usait, de la fameuse poudre. Elle faisait l'objet de tous les papotages à la cour et à la ville, et c'était à qui signalerait les guérisons obtenues grâce au divin remède

On sait que le cousin de Mme de Sévigné, cet enfant terrible de Bussy, était en correspondance réglée non seulement avec sa charmante parente, mais avec nombre de personnages de l'époque, entre autres avec Mme de Scudéry, veuve de l'auteur d'*Alaric*, belle-sœur de la fameuse Sapho, l'auteur de *Cyrus* et de *Clélie*.

Dans une lettre du 25 octobre 1677, Mme de Scudéry, écrivait à Bussy :

« Mme la comtesse de Bussy me dit, hier, que Mme de « Coligny (fille de Bussy) avoit la fièvre quarte. Cependant « je ne lui donne pas avis de faire beaucoup de remèdes. « Mademoiselle (la duchesse de Montpensier) l'a au milieu « de tous les médecins et de tout l'empressement que la « grandeur donne pour chercher des remèdes; cependant « on ne lui en fait point.

« Il y a ici (à Paris) un abbé qui fait grand bruit, qui « guérit par *les sympathies*. On dit qu'il prend pour toutes les « fièvres de l'urine des malades (1) dans laquelle il fait

(1) Un médecin, ami de R. Boyle, traita ainsi une fièvre de consomption : « Ayant fait durcir un œuf dans son urine encore chaude et fait plusieurs trous à la coque, il le cacha dans une fourmilière. Or, il arriva qu'à mesure que les fourmis dévoraient l'œuf, le malade se sentit diminuer son mal et ses forces renaître. » R. Boyle aurait dû nous dire si les

« durcir un œuf cassé où la coque n'est point et il le donne « à manger à un chien et prétend que le chien meurt et « que le malade guérit. C'est une question de fait que je « n'ai pas éprouvée et il ne panse pour toutes les maladies « que les excréments, le sang ou la salive, selon les maux. « On dit qu'il guérit force gens. Pour moi je le défie de me « guérir, car je sens bien que ce sont les adversités qui me « rendent malade et il y a peu de médecins pour de telles « plaies. »

A quoi Bussy répondait, le 28 octobre :

« Il y a quinze ou vingt ans que nous entendions parler de *la poudre de sympathie* dans les armées, avec laquelle on guérissait, dit-on, une personne blessée au corps en pansant son pourpoint. Pour moi, je ne l'ai que ouï-dire ; car cela ne dura guère et c'est ce qui me fait croire que ce remède ne valait rien et je crois ceux de l'abbé Fayoles de même. Vous avez raison de dire que quand ces remèdes vous seraient bons c'est *à la fortune à qui* (*sic*) votre cure est réservée (1). »

Nous aurions été surpris que Mme de Sévigné, qui s'empressait d'essayer tous les nouveaux remèdes, n'eut pas eu recours, elle aussi, à la poudre de sympathie. Notre attente n'a pas été déçue. A la date du 28 janvier 1685, la crédule marquise écrivait à sa fille :

« ... J'avais encore heureusement de la divine *sympathie*; mon fils vous dira le bon état où je suis : il est vrai qu'une petite

---

fourmis succombèrent à une fièvre de consomption épidémique et meurtrière! (Cf. Roberti Boyle, *Opera varia*... Genovæ, 1677, in-4°. Bibl. de Caen; *Chimica scepticus vel dubia et paradoxa chimico-physica circa spargicorum principa*. Londini, 1662, in-8°. Bibl. de Caen, cités par Postel, *op. cit.*

(1) Cf. *Intermédiaire des Cherch. et Curieux*, 1876, n° 197, et *Correspondance de Bussy*, t. III, p. 398.

plaie que nous croyions fermée, a fait mine de se révolter ; mais ce n'était que pour avoir l'honneur d'être guérie par la poudre de sympathie (1). »

Le baume du Père Tranquille, un des capucins du Louvre, ne produisant plus d'effet, la marquise avait essayé de la poudre dont on prônait partout les miracles.

« ... Le baume Tranquille ne faisait plus rien, c'est ce qui m'a fait courir avec transport à votre *poudre de sympathie*, qui est un remède tout divin ; ma plaie a changé de figure, elle est quasi sèche et guérie. Enfin, si avec le secours de cette poudre, que Dieu m'a envoyée par vous, je puis une fois marcher à ma fantaisie, je ne serai plus digne que vous ayez le moindre soin de ma santé (2). »

Pour être juste, il convient de dire que Mme de Sévigné, en même temps qu'elle appliquait la poudre sur une plaie de la jambe, dont elle était affectée, employait concurremment un « onguent noir », que lui avait envoyé sa fille (3).

Elle aurait bien voulu attribuer tout le mérite de sa guérison à la divine *sympathie* (4), mais la poudre n'avait point fait le miracle qu'on attendait d'elle, et la sympathie et l'onguent noir avaient eu « l'honneur, *conjointement*, de cette guérison tant souhaitée (5). »

L'exemple de la marquise devait être suivi par la plupart des grandes dames de ce siècle où le charlatanisme avait ses coudées franches. Il fut un temps où elles se faisaient apporter, dans leur chambe, un seau plein d'eau de puits

(1) *Lettres de Mme de Sévigné*, éd. des Grands Écrivains, t. VI, p. 342.
(2) *Id.*, éd. des Grands Écrivains, *loc. cit.*
(3) *Id.*, éd. Monmerqué, t. VII, p. 348-350.
(4) *Id.*, éd. Monmerqué, t. VII, p. 355.
(5) *Id.*, éd., Monmerqué, t. VII, p. 356 et 357.

bien fraîche, et faisaient jeter leur sang, aussitôt sorti des veines, dans cette eau. Elles prétendaient que, *par la vertu de la sympathie*, le sang qui leur restait en était rafraîchi. Et le chirurgien (1) qui rapporte le fait, ajoute : « Je ne combattois point leur opinion, persuadé que, si cette eau ne produisoit pas le bien qu'elles en attendoient, au moins elle ne pouvoit faire aucun mal. »

Dionis avait raison ; rien n'aurait servi d'essayer de lutter contre un pareil engouement. Et ce n'est pas, en tout cas, les médecins, qu'on n'aurait pas manqué d'accuser de jalousie, qui auraient pu modifier l'opinion à cet égard.

Mais là où la Faculté avait échoué, une puissance supérieure à elle, le théâtre, allait aisément triompher.

Dès 1642, Corneille commençait à railler, en termes encore modérés, le remède à la mode ; dans la scène du *Menteur* (2), entre Dorante et Cliton s'engageait le dialogue suivant :

DORANTE.

Acippe te surprend, sa guérison t'étonne!
L'état où je le vis était fort périlleux ;
Mais il est à présent des secrets merveilleux :
Ne t'a-t-on point parlé d'une source de vie
Que nomment nos guerriers poudre de sympathie ?
On en voit tous les jours des effets étonnants.

CLITON.

Encore ne sont-ils pas du tout si surprenants;
Et je n'ai point appris qu'elle eût tant d'efficace,
Qu'un homme que pour mort on laisse sur la place,
Qu'on a de deux grands coups percé de part en part,
Soit dès le lendemain si frais et si gaillard.

---

(1) Dionis. *Cours d'opérations de chirurgie.*
(2) Acte IV, sc. III.

DORANTE.

La poudre que tu dis n'est que de la commune,
On n'en fait plus de cas; mais, Cliton, j'en sais une,
Qui rappelle si tôt des portes [du trépas,
Qu'en moins d'un tournemain on ne s'en souvient pas;
Quiconque la sait faire a de grands avantages.

CLITON.

Donnez-m'en le secret et je vous sers sans gages...

D'autre part, dans l'*Amour médecin*, joué en 1665, Molière fait une allusion manifeste à la poudre de sympathie (1).

CLITANDRE, tâtant le pouls de Sganarelle, lui dit :
Votre fille est bien malade.

Et SGANARELLE de reprendre :
Vous connaissez cela ici?

CLITANDRE.

Oui, *par la sympathie* qu'il y a entre le père et la fille (2).

Mais il est une pièce beaucoup moins connue, où les amateurs de la fameuse poudre sont franchement tournés en ridicule. Cette pièce s'appelle la *Fille médecin*. Elle est assez ignorée pour que nous en reproduisions les principales scènes.

L'auteur, Antoine Jacob, dit MONTFLEURY, est un des bons dramaturges du XVIIe siècle ; une de ses pièces, qui est restée au répertoire, la *Femme juge et partie*, obtint même un tel succès, qu'il balança un instant celui de *Tartufe*.

Les personnages de la *Fille médecin* sont : GÉRONTE, père

(1) Cf. *Les médicaments*, par Alf. FRANKLIN.
(2) Acte III, sc. V.

de Lucile malade, le Médecin sympathique, Eraste, le valet, Crispin, la suivante, Lisette.

On s'entretient de la maladie de Lucile :

LE MÉDECIN SYMPATHIQUE.

Le logis de M. Géronte, est-ce là?

GÉRONTE.

Oui, voici ma maison, Monsieur, et me voilà.

CRISPIN.

Voici le médecin en question sans doute!
A sa mine...

ERASTE.

Dans peu nous le saurons, écoute!

LE MÉDECIN.

Votre fille a, dit-on, besoin de mon secours,
Monsieur, et je viens mettre une allonge à ses jours.
La santé par mes soins, à qui tout est facile,
Va faire élection chez vous de domicile;
Car je guéris partout où je me vois mandé :
Tutò, citò, Monsieur, et de plus *jucundè*.

GÉRONTE.

Mais, par malheur pour moi, ma fille prévenue,
D'un autre médecin qui dès hier l'avoit vue,
S'étant sur ce chapitre expliquée aujourd'hui,
Ne veut se laisser voir à personne qu'à lui,
J'en suis fâché, Monsieur; car, pour ne vous rien taire,
Vous ne sauriez la voir.

LE MÉDECIN.

Il n'est pas nécessaire,
Et je puis sans cela la guérir dès ce soir.

GÉRONTE.

Quoi! vous la guéririez sans la voir?

LE MÉDECIN.

Sans la voir.
Cela ne sert de rien.

GÉRONTE.

L'admirable méthode!
Je suis ravi, Monsieur, de vous voir si commode;
Et sans perdre de tems, puisque votre bonté
Veut bien lever pour nous cette difficulté,
Je vous vais de son mal faire un récit sincère,
Afin que vous sachiez...

LE MÉDECIN.

Il n'est pas nécessaire.
Que je le sache ou non, tout cela m'est égal.

GÉRONTE.

Quoi, Monsieur, sans la voir et sans savoir son mal,
Vous guérirez ma fille?

LE MÉDECIN.

Et cent autres comme elle!
J'ai trouvé, pour guérir, une mode nouvelle,
Prompte, sûre, agréable et facile.

GÉRONTE.

Tant mieux!

CRISPIN.

Voici quelque sorcier...

ERASTE.

Ou quelque cerveau creux.

GÉRONTE.

Puisque vous ne voulez ni la voir, ni l'entendre,
Dites-nous, que faut-il, Monsieur, lui faire prendre?

LE MÉDECIN.

Rien du tout.

GÉRONTE.

Rien du tout ! Quand vous traitez quelqu'un,
Quoi ! vous n'ordonnez pas quelque remède ?

LE MÉDECIN.

Aucun.

GÉRONTE.

Ni sans savoir son mal, sans la voir, sans remède,
Vous la guérirez !

LE MÉDECIN.

Oui.

GÉRONTE.

Certes, il faut qu'on vous cède,
Les autres médecins vont être désolés.

LE MÉDECIN.

Les autres médecins, Monsieur, dont vous parlez,
Sont gens infatués d'une vieille méthode ;
Qui n'ont pas le talent d'inventer une mode
Pour guérir un malade.

GÉRONTE.

Allons de grâce au fait
Quelle cause produit ce surprenant effet ?
Que faut-il pour guérir Lucile qui s'obstine ?

LE MÉDECIN.

De ses ongles rognés, ou bien de son urine,
De même, si l'on veut, de ses cheveux ; après,
Par l'occulte vertu d'un mixte que je fais,
Je prétends la guérir, fût-elle en Amérique.

LISETTE (*à part*).

Je gage que voici le docteur sympathique
Dont on a tant parlé.

GÉRONTE.

Ce secret me surprend !
Mais comment se produit un miracle si grand?
Comment s'opère-t-il? Voyons, je vous en prie.

LE MÉDECIN.

C'est par cette vertu dite de *sympathie*.
Voici comment. Ce sont des effets merveilleux!
De ces ongles rognés, Monsieur, de ces cheveux,
Ou bien de cette urine, il sort une matière,
Comme de tous nos corps, subtile, singulière,
Que Démocrite appelle, en ses doctes écrits,
Atomes, petits corps, Monsieur, que je m'applique
A guérir par l'effort d'un mixte sympathique.
Ces petits corps dès ce moment, dès lors
Vont à travers de l'air chercher les petits corps,
Qui sont sortis du corps du malade ; de grâce
Suivez-moi pas à pas ; ils pénètrent l'espace
Qui les a séparés depuis qu'ils sont dehors,
Sans s'arrêter jamais aux autres petits corps.
Qui sont sortis du corps de quelque autre ; de sorte
Qu'ayant enfin trouvé, dans l'air qui les transporte,
Les petits corps pareils à ceux dont nous parlons,
Les susdits petits corps, comme des postillons,
Guéris par la vertu du mixte sympathique,
Leur portent la santé que je leur communique;
Et le malade, alors reprenant la vigueur,
Se sent gaillard, dispos, sans mal et saus douleur.

CRISPIN.

Ainsi ces petits corps qui vont avec vitesse
Emportent par écrit avec eux leur adresse,
Et pour connaitre ceux qu'ils vont chercher si loin,
Sans doute ils sont marqués, Monsieur, à quelque coin?

GÉRONTE.

Maraud, te tairas-tu? Mais, docteur, écoutez :
Ce remède est-il sûr?

LE MÉDECIN.

Sûr! si vous en doutez,
Qu'un malade ait la fièvre et qu'on me donne en main
De ses ongles rognés, de ses cheveux, soudain
Les mettant dans un arbre avec certains mélanges
Mon mixte produira des prodiges étranges;
Et par un changement que l'on admirera,
L'homme perdra la fièvre, et l'arbre la prendra.

Ce dernier vers est toute une révélation. C'est la doctrine même de la *transplantation* des maladies qui y est renfermée. Mais c'est là un sujet qui mérite plus que cette brève mention. Nous allons le traiter avec tous les développements qu'il comporte.

Dr CABANÈS.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1902

(*Suite.*)

I. — *Discussion sur les injections mercurielles* (Deuxième réponse à M. Lafay),

par M. DANLOS.

M. Lafay me reproche d'avoir fait choix pour mes injections solubles du cyanure de mercure et me vante les mérites de l'iodure double de mercure et de potassium. Je lui répondrai qu'à l'époque où j'ai fait la série de mes injections, l'iodure double n'était pas en usage, et que j'ai choisi parmi les sels qui étaient alors d'emploi courant celui qui, pour les raisons indi-

quées dans mes précédentes communications, paraissait offrir le plus d'avantages. Je ne nie pas la supériorité de l'iodure double puisque je ne m'en suis pas servi. Peut-être toutefois serait-il imprudent de la proclamer trop haut; car elle est déjà menacée par l'entrée en scène des corps organiques mercuriels. Avant de trop nous avancer dans cette voie il serait sage d'attendre un peu; car, suivant la formule très exacte de M. Lafay, préférence suppose comparaison.

Pour le cacodylate de mercure, je me contenterai de dire que mes deux ampoules provenaient d'une même boite d'échantillons que m'avait adressée un des pharmaciens qui ont spécialisé la préparation des cacodylates.

Relativement au biiodure, M. Lafay m'objecte que j'aurais dû m'en tenir à la lettre de sa communication. Qu'il me soit permis de lui rappeler que, suivant l'Écriture, la lettre tue et l'esprit vivifie. J'ai cru devoir interpréter plutôt l'esprit que la lettre, et je pense bien qu'au fond je n'ai pas tout à fait trahi la pensée de l'auteur puisque, dans leur communication la plus récente, MM. Barthélemy, Lafay et Bing nous disent encore que, pour les injections aqueuses d'iodure double, la *technique est celle* de toutes les injections intramusculaires.

Quant à ce pauvre confrère qui, après s'être fait plus de cent injections d'huile biiodurée, continue encore avec persévérance les injections d'iodure double, je plains en lui un malheureux qui semble condamné au mercure à perpétuité, et je me demande, avec toute la réserve qu'impose un cas que l'on ne connait pas, s'il n'eût pas mieux valu courir le risque de quelques injections de calomel.

L'interprétation des graves accidents déterminés dans deux cas par l'huile biiodurée me paraît, comme à M. Lafay, s'expliquer par la piqûre d'un nerf mieux, ou plutôt moins mal que par toute autre hypothèse. Cette piqûre d'un nerf est un accident exceptionnel, je l'accorde, mais d'une gravité telle qu'il est prudent de ne pas y exposer le malade, sans nécessité. M. Lafay nous dit que, sur 105.000 injections, pas une fois un accident de ce genre n'a été

noté. Je félicite les opérateurs de leur adresse, mais ce sont des professionnels de la syphilis, et je leur souhaite sincèrement que la série de leurs succès continue sans interruption. Si l'huile biiodurée n'est pas coupable, il est à craindre que l'accident ne se reproduise dans des mains moins expérimentées.

M. Lafay me reproche d'avoir dit que la question des injections solubles n'est pas une simple question de forme chimique. J'ai trop gardé le souvenir de mes années de pharmacie pour mettre en doute la nécessité absolue du choix judicieux et de l'exécution irréprochable d'un produit pharmaceutique; mais l'emploi systématique des injections solubles est une méthode thérapeutique et non une pure question de pharmacie. En supposant réalisée la perfection dans le choix du produit et le règlement de la technique, la méthode des injections solubles ne pourrait être encore jugée supérieure. Aujourd'hui, en dehors de cas spéciaux indiqués dans ma communication précédente, elle me paraît n'avoir d'avantage incontestable que pour le médecin et le pharmacien, et la valeur latente de cet argument n'est peut-être pas étrangère au déterminisme du praticien. Les partisans les plus convaincus des injections solubles ne réclament pour elles que le mérite d'un traitement un peu plus court. Je concède qu'elles ont cet avantage sur le traitement par ingestion, mais non sur les injections d'huile grise. Encore l'avantage se réduit-il le plus souvent à quelques jours. Le nœud de la question c'est la prévention du tertiarisme si elle est possible, car, sauf cas exceptionnels, toutes les méthodes et même quelquefois le régime et des soins locaux triomphent assez facilement de certains accidents secondaires. La méthode réellement supérieure est celle qui supprimerait le plus souvent l'échéance du tertiarisme; aussi, pour justifier comme méthode générale l'emploi des injections solubles dans le traitement de la syphilis, faudrait-il se baser sur une statistique bien faite. Il faudrait grouper un grand nombre de cas traités sérieusement par une ou plusieurs séries d'injections dans les périodes jeunes de la syphilis; prendre un nombre comparable de malades traités avec soin par les méthodes anciennes;

suivre ces sujets pendant vingt ou trente ans et voir si dans ce laps de temps les accidents tertiaires ou les accidents dits parasyphilitiques seraient plus fréquents dans un groupe que dans l'autre. Le nombre des cas devrait être très considérable pour neutraliser l'influence de facteurs étrangers : alcoolisme, hérédité nerveuse, surmenage, etc. Une telle statistique ne peut et ne pourra, je le crains, être jamais dressée ; en dehors d'elle notre opinion, fondée sur un nombre restreint de cas personnels, ne peut être qu'une impression dépourvue de base scientifique. J'ajoute même, et cette observation s'applique à tous les modes de traitement de la vérole, j'ajoute qu'en supposant réalisée cette statistique idéale, je voudrais la comparer à celle que donnerait un troisième groupe, celui d'un nombre égal de syphilitiques n'ayant suivi que peu ou pas de traitement. En effet, bien que la thérapeutique de précaution appliquée à la prévention du tertiarisme soit éminemment rationnelle, sa valeur réelle ne me paraît pas au-dessus de toute contestation. Je conseille cependant moi-même ce traitement préventif parce qu'il est inoffensif, probablement salutaire, et que, dans quelques cas, il a certainement préservé les enfants de la syphilis héréditaire, mais je n'oserais généraliser et prétendre qu'il garantit réellement contre les échéances lointaines de la syphilis. Il ne m'est pas démontré que celles-ci sont toujours plus redoutables chez les sujets traités que chez ceux qui ne l'ont pas été. Cette idée du reste ne m'appartient pas, Delay l'a jadis patronnée avec l'autorité de sa longue expérience.

Je me contenterai de dire que je connais dans le monde un certain nombre de syphilitiques qui n'ont pas fait de traitement sérieux et chez lesquels, depuis plus de vingt ans, la variole paraît complètement éteinte. Jusqu'à ce jour ils n'ont été frappés ni en eux-mêmes, ni dans leurs enfants.

Réponse à M. Pouchet au sujet de l'action pharmacodynamique des composés mercuriels.

M. Desesquelle. — Bien qu'aux yeux de M. Pouchet, je ne sois pas qualifié pour discuter les questions de chimie biologique,

en attendant qu'il veuille bien préciser les conditions requises pour posséder cette compétence, je n'accepterai pas cette fin de non-recevoir, et je me permettrai de présenter quelques observations, d'une part sur les quelques mots prononcés à la dernière séance par M. Pouchet relativement à l'action pharmacodynamique des composés mercuriels et, d'autre part, sur les expériences de Merget citées par lui.

1° Je rappellerai d'abord textuellement les propres paroles de M. Pouchet, dans la séance du 23 avril dernier. « Une partie, dit-il, de l'interprétation de Mialhe, Voit, Overbeck, Blomberg, est, en effet, exacte. En dehors de la pénétration dans l'économie du mercure à l'état de vapeurs émises à une température inférieure à 37°, etc..., le mercure métallique et tous ses composés doivent subir, soit une attaque, soit une métamorphose par voie de double décomposition qui amène, en fin de compte, à la formation de chlorure mercurique, puis de chloralbuminates. C'est cette dernière combinaison qui, réduite par l'hémoglobine du sang, va fournir le mercure métallique à l'état d'extrême division, dont la vapeur va se disséminer dans l'organisme, le saturer et y exercer son action dynamique spécifique. » Pour être logique, M. Pouchet sera bien forcé d'admettre que les vapeurs de mercure subissent, comme il le dit pour le mercure métallique, une transformation en chlorure mercurique et chloralbuminates; en sorte que nous sommes ainsi enfermés dans un cercle formé par le mercure, point de départ, le chlorure mercurique et les chloralbuminates, ligne de jonction, et les vapeurs de mercure, point d'arrivée et point de départ également.

Je ferai remarquer que M. Pouchet, en admettant la formation de chlorure mercurique et de chloralbuminate pour le mercure métallique est en contradiction avec Merget, qui n'admet pas la formation de ces composés pour le mercure métallique. « Les effets physiologiques, dit Merget (*Mercure, action physiologique, toxique et thérapeutique*, 1894, p. 395 et 396, publié par le Dr Bordier et Cassaët. Voir aussi la thèse de Merget, Bordeaux, 1888), qui se produisent alors doivent donc être attribués

à l'action du métal lui-même, et non pas à celle des composés albuminuriques solubles auxquels on prétend qu'il donnerait naissance. Rien ne justifie ni l'affirmation de l'existence de ces composés, ni le rôle actif qu'on leur a prêté ; car on n'a jamais fourni aucune preuve de leur présence, soit dans le sang, soit dans un liquide quelconque de l'économie. »

Mais, qui plus est, M. Pouchet est en contradiction avec lui-même puisqu'il vient nous déclarer aujourd'hui qu'il a vérifié les expériences de Merget et qu'elles sont indiscutables.

2° En ce qui concerne les conclusions de Merget, tirées de ses expériences, je ne suis pas de l'avis de M. Pouchet, je trouve que certaines d'entre elles sont discutables. Ainsi (p. 183 et 184), pour nous prouver que le mercure existe bien à l'état libre dans les tissus organiques, Merget nous dit : « Il suffit pour cela de prendre complètement exsangues (reins, foie et poumons des animaux intoxiqués par les vapeurs de mercure), et de les réduire en pulpe très fine et de les mélanger, à froid, avec de l'eau distillée qu'on retire par expression ; jamais le liquide ainsi obtenu ne s'est montré sensible à aucun des réactifs révélateurs de la présence des sels solubles de mercure. Tout ce métal est resté dans la pulpe, d'où on ne peut l'extraire qu'en attaquant préalablement celle-ci par l'acide chlorhydrique et par le chlorate de potassium ou par l'acide nitrique à chaud, etc... Dans aucune des parties de leur organisme, le mercure qui est partout présent, quoiqu'en proportions très inégales, ne se rencontre sous la forme de combinaisons solubles. Il faut donc admettre son existence, soit à l'état de composé insoluble, soit à l'état métallique pur, et toutes les *probabilités* sont pour l'affirmation du second terme de ce dilemme. » Je n'ai pas besoin de faire remarquer que des *probabilités* ne sont pas des *certitudes.*

3° D'après Merget, « les mercuriaux ingérés par les voies digestives, ou injectés hypodermiquement, n'ont pas sur la syphilis, un mode d'action curative différent de celui des vapeurs mercurielles : ils donnent tous du mercure réduit qui

intervient par sa spécificité propre, en entrant directement en conflit avec le microbe pathogène de la syphilis ».

Merget a expérimenté à cet égard un certain nombre de composés mercuriels. Mais, depuis Merget, une série de composés mercuriels organiques ont fait leur apparition et n'ont pas été l'objet de cette étude spéciale. Ce qui est peut-être vrai pour les composés expérimentés par Merget, peut être faux pour ces composés organiques auxquels je fais allusion.

4° J'aurais encore bien d'autres considérations à émettre à ce propos et aussi à propos de l'action spécifique du mercure; mais, comme mes collègues qui m'ont précédé, je ne voudrais pas prolonger cette discussion. Je me réserve d'exposer mes idées ailleurs avec plus de détails, et chacun sera libre de les discuter. Car, il ne suffit pas d'être considéré comme un incapable pour être, par là même, taxé d'erreur; les hommes les plus compétents ou qui doivent l'être par leur situation, peuvent se tromper eux-mêmes et, comme l'a dit un grand esprit cité par un grand savant : « La vérité est fille du temps et non pas de l'autorité. »

Communications.

I. — *Traitement des dermites infectieuses et des lymphangites par le cataplasme phéniqué,*

par le Dr Jean Camescasse,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Un de mes jeunes amis, grand amateur du port cyclique, arrive un beau jour à la maison avec une contusion sérieuse de la jambe compliquée de nombreuses écorchures malpropres. Comme on danse le lendemain chez des voisins il ne me dit rien. Avec sa jambe malade il a fait le samedi soir 60 kilomètres; il en fait une vingtaine le dimanche et il danse quelque peu.

Le soir fièvre, frissons répétés, grand malaise. La jambe est rouge, très gonflée et très douloureuse, dans son tiers moyen surtout, trainées de lymphangite vers l'aine; poly-adénite très

nette. Les excoriations suintent. Température 40° d'emblée. Souffrances vives.

L'ensemble était mal rassurant pour un hôte médecin auquel on a confié un gamin de dix-sept ans. Prévenu très tard je m'ingénie pour ne pas faire lever le pharmacien. Comme je me sers volontiers du vieux cataplasme (en alternant avec les lavages à l'eau oxygénée et les pansements au bicarbonate) pour panser les suppurations superficielles, je trouve de la farine de lin. Mais cette farine de lin me semble suspecte; elle pue. Et j'invente (je ne réclame point la priorité) d'ajouter une cuillerée à bouche de glycérine phéniquée (soit 5 grammes d'acide phénique environ) à l'eau dans laquelle on fait bouillir la farine (100 grammes environ) nécessaire pour faire un énorme cataplasme.

Le malade s'étant endormi moins de deux heures après l'application du premier cataplasme, la personne qui le gardait constate que la fièvre est tombée (sueur légère, sommeil tranquille). Elle le laisse dormir.

La transformation de l'état local est telle le lendemain matin que je n'ai point le droit de gronder pour inobservation de l'ordonnance : un cataplasme nouveau toutes les trois ou quatre heures.

La lymphangite a disparu. Le gonflement local est atténué. La rougeur est limitée autour des excoriations. Il n'y a plus de température.

On continue les cataplasmes phéniqués en diminuant la proportion d'acide phénique. Une purgation, et ce fut tout.

J'ai, comme bien on pense, pris bonne note de ce brillant succès et je me suis souvent servi du cataplasme phéniqué dans des cas analogues.

Entre autres faits, je les ai utilisés volontiers pour parer à la légère infection superficielle qui survient parfois quand on enduit d'huile une région contuse et légèrement excoriée (voir l'article suivant).

L'action est tout aussi favorable quand on se trouve en présence

de la dermite inflammatoire (avec ou sans traînées lymphangitiques) qui succède aux excoriations du pied.

Voici mon dernier cas pour exemple : Mlle X, trente ans, dame de compagnie, a une ampoule sanguinolente au pied. Elle marche malgré sa souffrance et ne s'arrête que le quatrième jour en raison d'un grand malaise général.

Fièvre légère ; état gastrique très net ; au talon gauche sur le bord externe de l'insertion du tendon d'Achille petite tache brune fort laide ; tout la région est rouge et gonflée, la saillie de la malléole externe tend à s'effacer ; double traînée de lymphangite ; adénites inguinales n'ayant qu'une relation douteuse avec l'état actuel (les ganglions sont facilement perceptibles des deux côtés et *peut-être* douloureux à gauche). Douleur locale très vive.

Incision assez large de la tache suspecte, hémorragie relativement abondante (la malade est assise et non couchée), pas de pus en apparence.

Je suis plutôt ennuyé au premier moment. Je prescris des cataplasmes phéniqués ; un toutes les quatre heures.

Je revois la malade trente-six heures après. Il n'y a plus rien qu'un fin trait qui montre le lieu de mon coup de bistouri.

Je note ici que les premiers cataplasmes — qui ont enlevé le mal comme avec la main — ont été faits avec de l'eau contenant 5 grammes d'acide phénique par litre.

Ça n'est point de la thérapeutique transcendante, mais c'est d'un usage quotidien. Employé ainsi, l'acide phénique n'est ni toxique, ni caustique. Ainsi employé le vieux cataplasme est toujours émollient, mais il n'est plus sale du tout.

II. — *Traitement des hématomes par l'huile comestible* (usage externe),

par le Dr Jean Camescasse,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il est des notes bibliographiques qu'on ne prend point et dont on regrette l'absence plus tard.

C'est ainsi que j'ai lu, un jour, dans un tout petit coin d'un journal médical, les lignes suivantes (je ne garantis point la rédaction) :

« Quand un enfant tombe et se fait une bosse, il existe un « moyen simple de calmer la douleur, de faire disparaître la « bosse et d'éviter l'ecchymose multicolore ultérieure. *Il suffit*, en « effet, *d'enduire la région d'huile d'olive pour obtenir ce résul-* « *tat* (1). »

J'ai pu, pour le plus grand bien des jeunes patients, utiliser et faire utiliser ce procédé un très grand nombre de fois, grâce à mes nombreuses relations dans le monde infantile.

Je puis ainsi préciser quelques points.

Il n'est pas indispensable que l'huile comestible employée, soit de l'huile d'olive.

Il est parfaitement inutile, et inutilement douloureux pour la victime, *de faire un massage* quelconque. Il suffit d'une onction légère faite par la plus douce et la plus craintive main de femme. On verra plus loin qu'il n'est même pas besoin d'une friction, d'un effleurement quelconque, un arrosage est efficace.

Il y a intérêt à agir au plus tôt.

Le procédé n'a d'inconvénient que si l'hématome est accompagné d'excoriations souillées et encore, dans ce cas, il est efficace et bienfaisant, soit qu'on le fasse précéder d'un lavage antiseptique de la région (à l'eau oxygénée, par exemple), soit qu'on ne procède qu'ultérieurement à ce lavage (AVEC DU SAVON et du carbonate de soude d'abord), soit qu'on se résigne à risquer l'infection superficielle quitte à y obvier par le *cataplasme phéniqué* (voir l'article précédent).

Il est entendu qu'en cas de plaie profonde on s'occupera de la plaie et que alors le traitement de l'hématome sera relégué au second plan. Suivant les régions et les circonstances il est possible ou non de faire l'une ou l'autre chose, ou les deux concurremment.

(1) Je suis vivement désireux de connaître l'auteur de ces lignes.

Il y a intérêt à faire l'onction le plus tôt possible après l'accident. Mais, il ne faut point désespérer, même après plusieurs heures, d'avoir un succès complet. Un hématome diffus comme un hématome collecté peuvent être réduits ; la réduction est, alors, partielle au lieu d'être complète.

Le fait d'avoir observé les multiples faits de thérapeutique maternelle ou scolaire, nécessaires pour débrouiller les indications précédentes, devait me conduire, et m'a conduit effectivement, à étendre aux ADULTES *contus* le bénéfice de cette intervention si simple.

Je n'ai point pris de note, au jour le jour, pour un sujet aussi grave. Donc je ne rapporte point d'observations minutieuses.

Voici en gros les faits assez caractérisés et assez récents pour que je les ai retenus.

1° Un de mes amis, en mettant en route un moteur à essence mal réglé, est victime d'un retour d'allumage. Comme il a lâché la manivelle à temps il en est quitte pour un coup violent sur le dos de la main. Au bout de quelques minutes nous voyons la rougeur initiale faire place au bleu foncé d'une ecchymose intermétacarpienne. Il va à la cuisine, arrose sa main d'huile, sent la douleur se calmer très vite et *voit fondre l'ecchymose.* La main est restée un peu engourdie et douloureuse; le quatrième jour, elle est un peu jaune; mais, le traitement avait été limité à cet arrosage unique.

2° Une dame du village reçoit de son tendre époux un coup de poing sévère (mais, peut-être juste) sur l'œil droit. On me conte l'affaire dans la rue ; je m'esquive en conseillant d'arroser la région d'huile.

Ma fuite prudente ne me met pas à l'abri d'une visite de la victime (pas le mari !) qui veut un certificat pour..... J'avais malheureusement pour ma bourse mais fort heureusement pour la moralité (dans le cas particulier) remporté un succès thérapeutique trop complet : il pouvait y avoir eu coup, je ne trouvais pas de blessure : impossibilité absolue de consigner quelque chose *de visu.* Ma cliente a certainement pardonné à son mari,

mais elle ne m'a point pardonné de l'avoir privée du plaisir de montrer son œil aux gendarmes.

3° Il s'agit du charretier d'un de nos confrères, mon excellent ami le Dr P... Accident grave, le bras droit du charretier est violemment serré entre les ridelles d'une voiture de débard et le sol. Je vois le malade une heure après l'accident. Il existe des contusions nombreuses depuis l'épaule jusqu'au coude. L'une d'elles est grave : le bord interne du bras, au niveau du brachial antérieur, a été pincé et il existe là un véritable hématome gros comme une petite orange. On peut prévoir que cet hématome tendu, rouge, noir, violet, n'est qu'à son début.

Le bras est enduit d'huile avec persévérance. L'hématome fond en quelques heures; les ecchymoses s'étalent cependant et mettront dix ou douze jours avant de disparaître. Mais je n'ai pas eu un seul instant à prévoir la nécessité d'évacuer chirurgicalement la collection. Mais, surtout, au bout de cinq jours le malade, qui ne se sentait plus gêné du tout depuis le deuxième jour, voulait reprendre son travail. Je l'ai maintenu dans l'indisponibilité, parce que je crains toujours l'addition de quelque piqûre septique au niveau de ces régions contuses.

Je ne continue pas l'exposé de faits plus ou moins semblables, qui se peuvent résumer ainsi : Toutes les contusions des parties molles, que l'ecchymose soit diffuse ou qu'elle soit collectée en un hématome, sont justiciables de l'onction simple avec une huile comestible. Cette onction supprime la douleur et provoque la rapide résorption du sang extravasé.

Il n'en est point toujours de même quand il y a une fracture sous-jacente, ou même tout simplement arrachement d'insertions ligamentaires.

C'est ainsi notamment qu'il m'est arrivé de provoquer une vive irritation de la peau en pratiquant un premier massage précoce d'entorse avec de l'huile comestible. C'est ainsi qu'une autre fois je n'ai pas été satisfait d'avoir seulement enveloppé de linges gras une entorse que je ne pouvais masser au premier moment.

Au contraire, une fracture de jambe à la partie moyenne,

abondamment arrosée d'huile au moment où je la plaçais dans une gouttière n'a présenté qu'une ecchymose insignifiante quand, le cinquième jour, j'ai dû refaire l'appareil.

Au contraire une entorse médiotarsienne enveloppée d'une mixture d'huile d'olive et de salicylate de méthyle à parties égales a été si rapidement améliorée que le patient a pu reprendre son travail le dixième jour contrairement à mon pronostic.

Mais, en présence de ces deux derniers succès, je dois rester sur la plus grande réserve. Dans le dernier cas, par exemple, j'avais pu me tromper sur la gravité du cas. Dans le fait qui précède, le blessé avait 64 ans et l'hémorragie osseuse peut être très faible à cet âge.

J'ai tenu cependant à consigner ces faits ici : s'ils ne peuvent guider le chercheur dans cette voie peu explorée, ils serviront au moins à limiter l'usage quotidien de l'huile pour prévenir et guérir les ecchymoses et les hématomes collectés.

Je dois rappeler, en terminant, que l'on trouve fréquemment dans les récits du vieux temps quelque anecdote comme celle-ci : « Et la blonde et charitable dame, ayant envoyé son page quérir « en son armoire secrète les onguents favorables, commença par « oindre d'huile doulce le corps moulu du pauvre chevalier. »

J'ai aussi le souvenir des athlètes *oints d'huile* avant et *après* le combat.

Quel est le mécanisme de cette action de l'huile étendue sur la peau? Comment ce médicament externe agit-il, à la fois, comme hémostatique à distance et comme provocateur du processus de résorption?

Je ne sais!

Traitement méthodique des lièges en vue de l'embouteillage des eaux, des boissons, des liquides thérapeutiques,

par M. Ed. Bonjean

Les altérations des eaux minérales embouteillées en dehors des préjudices sérieux qu'elles occasionnent, intéressent particulièrement l'hygiène.

Ces altérations sont *naturelles* ou *accidentelles*.

Les *altérations accidentelles* qui feront seules l'objet de cette communication dépendent :

1° De la composition chimique et de l'état bactériologique de l'eau à sa sortie du captage ;

2° Des conditions observées pour l'embouteillage ;

3° Du temps de séjour de l'eau dans la bouteille et, à un moindre degré, de la température à laquelle elle est conservée.

Malgré tous les soins apportés pour le captage (étanchéité parfaite, eau stérile à l'origine) et pour l'embouteillage effectué dans des conditions aussi voisines de l'asepsie qu'il soit industriellement possible de le réaliser, les eaux s'altèrent encore fréquemment dans les bouteilles.

On ne remarque généralement que les altérations organoleptiques : aspect de l'eau, dépôt, trouble, cultures de moisissures, d'algues ; odeurs putride, sulfhydrique ; goût fade, goût de bouchon, goût de paille, etc...

J'ai étudié chacune de ces altérations et spécialement la production des odeurs putride et sulfhydrique, qui occasionnent les préjudices les plus sérieux.

Voici quelques conclusions des longues recherches que j'ai effectuées sur ce sujet.

Le principal obstacle à la conservation intégrale des eaux embouteillées est le bouchon de liège qui est généralement l'unique cause de leurs altérations provoquées par l'apport :

1° D'un nombre parfois considérable de spores, de germes, de moisissures et d'algues ;

2° D'une quantité appréciable de matières organiques variées à *fonctions réductrices* parmi lesquelles domine un tanin. Cette matière organique peut être accrue du fait de l'introduction accidentelle de certains germes qui, dans leur processus biologique, solubilisent la cellulose du liège ;

3° Des produits chimiques provenant des différents traitements des bouchons.

C'est en raison, d'une part, de l'introduction accidentelle de ces

corps et, d'autre part, de la constitution de l'eau elle-même que l'eau embouteillée devient un foyer de réactions lentes biologiques et chimiques d'où résultent les altérations signalées.

Le choix des bouchons de liège n'est basé actuellement que sur leurs qualités objectives : c'est là une erreur.

J'ai reconnu que par un traitement approprié du liège on pouvait supprimer sinon complètement, tout au moins dans de très fortes proportions, la plupart de ces accidents et surtout la sulfuration.

Au lieu de faire agir un traitement réducteur comme cela se fait généralement (acide sulfureux, bisulfites, aldéhyde formique, etc.), ce qui, à mon avis, est un contresens, puisqu'il augmente encore les propriétés réductrices, j'ai cherché à oxyder les matières organiques fixées intimement au liège, tout en stérilisant les bouchons eux-mêmes.

Le point difficile était de trouver un oxydant assez énergique pour détruire les principes réducteurs, mais insuffisant pour produire des oxydations plus accentuées, telle, par exemple, que la formation d'acide subérique. Après un grand nombre d'essais j'ai pu réaliser cette oxydation au moyen d'un traitement fait dans certaines conditions spéciales par une association déterminée de sels composés en partie de chlorates et de persulfates. Les applications faites jusqu'alors de ce procédé donnent de bons résultats.

Malgré tous les efforts tentés jusqu'à ce jour, on ne peut supplanter le liège pour les embouteillages industriels, et je ne pense pas qu'on puisse y arriver.

Les recherches devraient en partie se porter sur le traitement méthodique des lièges afin de supprimer les pratiques extrêmement défectueuses employées actuellement. Cette question intéresse non seulement les eaux de table ou minérale mais tous les liquides embouteillées (boissons, médicaments, etc.).

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

La posologie de la géosote. — La géosote, qui est un valérianate de gaïacol et a les mêmes indications que le gaïacol, s'administre à la dose de 1 gramme à 1 gr. 25, sous forme de capsule de 20 à 25 centigrammes, au nombre de cinq ou six par jour. Mais comme il y a des malades qui n'aiment pas à prendre des capsules et que ce mode d'administration n'est guère applicable chez les enfants, M. Rieck (de Bassum), qui a employé, avec succès, la géosote dans un grand nombre de cas, conseille, pour ce médicament, les formules suivantes :

Chez l'adulte :

1° Géosote.............................. 10 gr.
Teinture de gentiane.................. 20 »

XV à XXX gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans un peu de vin ou de bière.

2° Géosote....................... }
Baume du Pérou............... } ââ 10 gr.
Alcool rectifié.................. }
Essence de menthe ou de fenouil. X gouttes

XV à XXX gouttes, trois fois par jour, dans un peu de vin ou de bière.

3° Géosote.............................. }
Teinture de valériane.................. } 10 gr.
Teinture de castoréum................. }

XV à XXX gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans un peu de vin ou de bière.

Chez l'enfant :

On peut aussi prescrire des gouttes, en formulant :

Géosote (suivant l'âge)................. 5 à 15 gr.
Alcool de menthe..................... 30 »

X à XX gouttes trois fois par jour dans du lait.

Mais il vaut mieux leur donner la géosote incorporée dans une potion :

1°	Géosote (suivant l'âge).......	0 gr. 50 à 1 gr.
	Mucilage de gomme arabique.	110 »
	Oléo-saccharate de menthe...	10 »

Une cuillerée à café toutes les deux heures chez de petits enfants.

2°	Géosote............................	2 gr.
	Gomme arabique q. s. pour faire émulsion de............................	150 »
	Oléo-saccharate de fenouil............	15 »

Une cuillerée à dessert, cinq à six fois par jour, chez les enfants grandelets.

Chirurgie générale.

Sur le régime carné. — Quatre chiens sont soumis au régime carné par M. Dufour (de Vichy). Au début, les animaux acceptent volontiers la viande en grande quantité (*Congrès de médecine de Toulouse* de 1902) jusqu'à 500 grammes pour des chiens de 6 à 7 kilos. Sous cette influence, les phénomènes suivants ont été observés : l'albumine apparut trois fois sur quatre, en proportion de 0,50 à 0,60 par litre; les pigments biliaires normaux passèrent dans l'urine trois fois sur quatre, mais l'urobiline ne fut jamais constatée. La quantité d'indican devint au moins dix fois plus considérable qu'avec le régime végétarien. L'ammoniaque passa de 0,20 par 24 heures en moyenne à 0,50 ou 0,60. Le coefficient azoturique augmenta, mais malgré cela, la proportion d'azote non transformé en urée, et restant à l'état de produits plus ou moins toxiques, devint trois ou quatre fois plus considérable, fait beaucoup plus important que le chiffre absolu du coefficient. Les animaux maigrirent tous, la peau s'altéra et on vit apparaître de l'eczéma généralisé avec ulcérations disséminées. M. Dufourt conclut que le régime carné exclusif ou surabondant produit de la congestion des reins et du foie, et augmente notablement la somme des déchets toxiques de la nutrition, qui circulent dans

les tissus. En somme, un sujet soumis à l'alimentation exclusive ou surabondante par la viande est en imminence d'auto-intoxication. Cela explique les accidents dus au régime carné et à la suralimentation qui ont été observés dernièrement par divers cliniciens.

Maladies infectieuses.

Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements froids. — Dans les cas où le bain froid est impossible, M. Lemoine (de Lille) le remplace par des lavements froids. Il procède de la façon suivante (*Nord médical*, n° 161) :

Le lavement est donné toutes les trois heures et même toutes les deux heures quand la température monte rapidement à un degré élevé ; pour le donner, il se sert d'un bock et d'une canule rectale, enfoncée de 15 à 20 centimètres. Le malade est couché sur un vase plat glissé sous le siège et reçoit le lavement sous une faible pression ; le bock ne doit pas être élevé au-dessus de lui de plus de 50 centimètres. Il faut faire passer ainsi, à chaque fois, 2 litres d'eau, et cela très lentement, en interrompant le courant de temps en temps et en permettant à l'intestin de se vider graduellement, de façon à ne pas être soumis à une trop forte distension du fait de l'accumulation du liquide ; c'est, par conséquent, plutôt une sorte de douche ou d'irrigation qu'un lavement.

On se sert d'eau bouillie, ramenée à la température de 18° à 20°, car, avec de l'eau plus froide, on peut provoquer des contractions de l'intestin suivies de coliques douloureuses et capables peut-être de faciliter les perforations : avec de l'eau plus chaude, l'effet réfrigérent n'est pas suffisamment obtenu.

Les lavements froids agissent de deux façons : en abaissant la température et en désinfectant l'intestin.

Le lavement paraît abaisser la température plus rapidement que le bain, mais d'une façon moins durable, et c'est là ce qui constitue l'infériorité de la méthode des lavements sur celle des bains. Le minimum d'abaissement est obtenu environ vingt à

trente minutes après le lavement, puis la température remonte et, une demi-heure plus tard, elle revient au degré où elle était auparavant.

Malgré cela, il est rare de voir les phénomènes nerveux apparaître, et le délire est l'exception. Le malade conserve un bon appétit, la langue humide, et toute sa lucidité, comme celui qui est traité par la méthode de Brandt.

La désinfection de l'intestin est certainement activée par ces lavements répétés. En effet, le malade étant dans la position horizontale et la sonde rectale introduite de 20 centimètres, l'eau du lavement pénètre loin et balaye tout le gros intestin. Chaque lavement est suivi d'une évacuation de matières fécales plus ou moins abondantes et souvent noyées dans l'eau et rendues avec elles ; les selles sont rares dans les intervalles.

C'est à cette désinfection, à chaque instant répétée, qu'on doit attribuer ce fait que les malades soumis à la méthode des lavements présentent, en général, une hyperhémie moindre que ceux qui sont traités par les bains. L'ensemble de leur courbe est plus régulier, peut-être avec des minima moindres, mais sûrement aussi avec des maxima inférieurs.

Le nombre des cas ainsi traités et observés directement par M. Lemoine est encore trop faible pour qu'il puisse donner une statistique ; sur 32 cas, il n'a eu qu'un seul cas de mort, ce qui ferait une mortalité de 3 p. 100, à peu près celle des bains froids.

M. Lemoine n'a pas la prétention de substituer les lavements aux bains, comme méthode de choix dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais il serait heureux de vulgariser leur emploi, car il les considère comme infiniment supérieurs aux lotions froides et aux enveloppements froids qui fatiguent le malade sans enlever de la gravité à la fièvre dont il est atteint et sans diminuer beaucoup la mortalité.

Maladies des voies respiratoires.

Action de l'ozone dans la coqueluche. — L'ozone n'est pas un médicament spécifique de la coqueluche, dit M. Delherm (*Archives de médecine des Enfants*, mai 1902), mais il est doué d'un pouvoir antispasmodique très marqué qui justifie son emploi dans la thérapeutique de cette affection.

Sans action à la période catarrhale du début et de la fin, il est seulement efficace à la période des quintes et à la dose moyenne de trois à quatre inhalations de dix minutes chacune par 24 heures.

Il abaisse rapidement le nombre des quintes qui est toujours moindre pendant la période ozonisée que pendant la période qui a précédé les inhalations.

En outre, la diminution progressive des quintes est arrivée en dix, douze jours, à tomber à zéro ou à deux à trois quintes par 24 heures.

L'action de l'ozone est peut-être encore plus marquée sur les reprises. Sauf une ou deux exceptions (et pendant un seul jour), jamais le nombre des reprises pendant le traitement ne s'est élevé au point où il était avant le traitement; au contraire leur nombre est tombé très rapidement.

L'ozone a une action marquée sur les phénomènes congestifs (cyanose).

Les coqueluches compliquées de broncho-pneumonie ne voient pas leurs quintes diminuées sensiblement par l'ozone.

La durée de la période des quintes est assez souvent raccourcie; mais la quinte, surtout atténuée dans son intensité, sa violence, sa durée, est pour ainsi dire masquée.

La durée du traitement doit être d'une quinzaine de jours. Chaque fois que nous avons cessé trop tôt le traitement, nous avons observé une recrudescence dans le nombre des quintes et dans leur intensité.

L'ozone manié selon les indications données plus haut n'est pas toxique et ce fait constitue en sa faveur un avantage très appréciable sur les autres médications de la coqueluche dont

l'emploi est loin d'être exempt de tout danger. C'est à nos yeux un argument considérable en faveur de la vulgarisation de l'emploi de ce médicament (qui peut du reste être associé à des préparations pharmaceutiques) dans le traitement de la coqueluche.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement des oxyures (M. Deguy). — Rien de si simple au premier abord que de débarrasser l'enfant de ces vers minuscules, et cependant, combien d'échecs n'éprouve-t-on pas en pratique! C'est qu'on ne tient pas assez compte que c'est non seulement le rectum et le gros intestin qui servent d'habitat à ces parasites, mais aussi la dernière portion de l'intestin grêle. Aussi, il faut un double traitement : général de tout l'intestin, et local du rectum. La manière la plus simple et la plus sûre est la suivante : purger l'enfant avec une dose de calomel en rapport avec son âge, et le mettre au régime lacté. Ce traitement prémonitoire de 24 heures débarrasse déjà complètement l'intestin des matières fécales et favorisera l'action des médicaments vermifuges qui pourront atteindre plus facilement le parasite.

Pendant les deux jours qui suivront, on administrera de la santonine ou du semen-contra.

Santonine............................ 0 gr. 05

Pour un paquet, le matin à jeun.

ou bien :

Semen-contra......................... 3 gr.

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse.

Ce simple traitement de 3 jours aura presque à coup sûr débarrassé l'intestin du parasite ; mais celui-ci, les femelles principalement, seront encore dans le rectum qui est leur habitat de prédilection et où les vermifuges les atteignent difficilement. Aussi il convient à ce moment de faire un traitement local qui

les détruira et débarrassera l'enfant. Pour cela, on a recours soit à des suppositoires selon une des formules :

Calomel	0 gr. 10
Beurre de cacao	2 »

ou :

Onguent mercuriel double	0 gr. 10
Beurre de cacao	2 »

soit à des pommades introduites aussi profondément que possible dans l'anus avec le doigt, selon une des formules suivantes :

I. Calomel	3 gr.
Vaseline	30 »

ou :

II. Oxyde jaune de mercure	0 gr. 30
Vaseline	āā 50 »
Lanoline	

La méthode des lavements nous paraît de beaucoup préférable. En voici quelques formules que nous empruntons à M. Comby :

I. Tanaisie	2 gr.
Infuser dans eau	200 »
Ajouter glycérine	20 »
II. Menthol	0 gr. 25
Huile	60 »
III. Santonine	0 gr. 50
Infuser dans eau	150 »

Pour notre part, nous préférons le lavement au nitrate d'argent employé ainsi : faire d'abord un lavement évacuateur pour débarrasser l'ampoule rectale des matières fécales, puis ensuite donner un lavement de nitrate d'argent au deux centième qu'on laissera cinq minutes environ, et enfin neutraliser l'excès de nitrate d'argent par une injection rectale d'eau salée.

Il est exceptionnel que ce traitement échoue, mais comme nous l'avons vu, il demande quatre jours. Mais, qu'importe le temps pourvu que l'on réussisse, on se leurre trop souvent lorsqu'on s'est borné à quelques lavements, car le traitement sera à recommencer quelque temps après (*Journal des Praticiens*).

Maladies du système nerveux.

Traitement du delirium tremens. — C'est seulement quand l'agitation violente, continue et prolongée, menace directement la vie du sujet, qu'il est permis de chercher à provoquer le sommeil. Quoi qu'en disent Trousseau et Pidoux, le seul médicament vraiment utile dans ces cas, c'est l'extrait d'opium, prescrit à haute dose, sous forme de potion, de la manière suivante :

Extrait d'opium......................	0 gr. 10
Sirop de houblon....................	30 »
Eau gommeuse....	120 »

A prendre en un jour.

Il va sans dire que la quantité de médicament actif devra être diminuée aussitôt que se manifesteront quelques signes de sommeil.

L'adynamie cardiaque est la complication la plus redoutable du *delirium tremens*. Tout délirant est un alcoolique dont les principaux organes : cœur, poumons, estomac, reins, sont tarés. Vienne une attaque sérieuse de delirium, et l'organe le plus affaibli supportera le premier les conséquences de l'intoxication. Dans les cas très graves, quand il y a tendance au collapsus, on administrera immédiatement au malade du *café fort* ; il ne faudra pas hésiter à agir directement sur le cœur au moyen des injections sous-cutanées de caféine, de spartéine, ou mieux de strophantine. Les cas de cette espèce sont rares ; quelle que soit leur gravité, ils ne sont ***jamais justiciables de l'alcool***; le vin ou le cognac n'ont jamais sauvé un seul malade atteint de delirium tremens. Ce poison, que l'on introduit dans l'organisme au moment où celui-ci cherche à s'en débarrasser, ne peut amener aucun résultat favorable, et nous possédons assez de toniques du cœur pour qu'il ne faille pas avoir recours au toxique qui est la cause de tout le mal.

Supposons, comme c'est la règle, que le sommeil critique soit obtenu au bout de quelques jours : le malade cesse de délirer.

le sommeil se rétablit graduellement, mais tout n'est pas fini; nous nous trouvons en présence d'un sujet très débilité, qu'il faut chercher *à tonifier par tous les moyens*. La muqueuse gastrique, atteinte de catarrhe, digère mal; on se trouvera bien alors de prescrire la potion stimulante suivante, dont la saveur plait au goût, et qui remplace pour l'estomac l'excitant habituel :

Poudre de gingembre..........	15 gr.
Calamus aromaticus....................	10 »
Cannelle..............................	2 »

Faire infuser dans 200 grammes d'eau bouillante et ajouter :

Extrait aqueux de capsicum...........	0 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères......	50 »

A prendre, par cuillerée à soupe, quatre à cinq fois par jour.

On fera reprendre au convalescent, progressivement, son régime habituel, dont l'alcool devra être complètement exclu si l'on ne veut pas voir se produire une récidive à bref délai (*Journal de médecine de Paris*).

Le cacodylate de soude dans la chorée. — On sait que la médication arsenicale donne de bons résultats dans cette maladie, à la condition d'être donnée d'une façon intensive.

La cacodylate de soude, qui est toléré par l'organisme à des doses très élevées, était donc indiqué dans ce cas.

M. Lannois (*Lyon médical*, 27 janvier 1901) l'a administré par la voie hypodermique à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 04 par jour pendant quinze jours. Après un repos de quatre à cinq jours il recommence aux mêmes doses.

On pourrait également prescrire des pilules de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 par jour avec un repos de trois à quatre jours par semaine.

FORMULAIRE

Poudres à priser contre le coryza.

I.	Menthol	0 gr. 20
	Chlorhydrate de cocaïne	0 » 40
	Acide borique	8 »
	Salicylate de bismuth	16 »
II.	Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
	Menthol	0 » 20
	Acide borique	2 »
	Café torréfié	2 »
	Sucre de lait	20 »
III.	Salol	2 gr.
	Benjoin	4 »
	Acide citrique	4 »
	Sucre de lait	10 »

Poudre dentifrice alcaline.

Poudre d'iris de Florence	15 gr.
Craie lavée	5 »
Magnésie anglaise	5 »
Pierre ponce porphyrisée	5 »
Salol	2 » 50
Teinture d'ambre musquée	0 » 50
Essence de menthe	qq. gouttes.

Colorez légèrement en rose.

On peut modifier d'ailleurs la composition de ces formules à l'infini. Pour faire le lavage de la bouche, on met environ une cuillerée à café d'élixir dentifrice dans un verre d'eau.

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



La folie en Angleterre. — L'aloooolisme. — Les infirmières doivent-elles être laides? — Les rats et la peste. — Vente de peau humaine vivante pour greffes. — Une éhontée réolame.

Il y aurait, d'après les documents officiels en Angleterre, par 10.000 habitants 33,55 personnes atteintes de folie. La proportion a augmenté régulièrement depuis 1859, où elle n'était que de 18,67 par 10.000 habitants. Au 1er janvier 1902, il y avait en Angleterre et dans le pays de Galles 110.713 aliénés, soit 2.769 de plus qu'au 1er janvier 1901. Au-dessous de trente-quatre ans, on compte un grand nombre d'hommes, mais au-dessus de cet âge les femmes sont en plus grande quantité. Ainsi, sur 200 aliénés âgés de plus de trente-quatre ans, on compte 109 femmes et 91 hommes. Il semble, d'après ce rapport, que certaines professions causent plus facilement la folie que d'autres. C'est dans l'ordre suivant que ces professions sont classées : *médecins*, avocats, cochers de cab et d'omnibus, actrices, commis voyageurs, marchands de tabac, soldats, fabricants de boîtes, coiffeurs, mécaniciens (sur les locomotives), ramoneurs, marchands des quatre-saisons et mendiants. La principale cause pour cette augmentation inquiétante est due, surtout dans les classes ouvrières, à la boisson.



Au dire du *Journal médical de Bruxelles*, M. A.-M. Korowin, directeur d'un asile pour ébrieux, en étudiant la consommation de l'alcool à Saint-Pétersbourg, Kasan et Moscou, aurait trouvé que le gouvernement de cette dernière ville détient le record, au cours de dix années, 20.000 hommes et 5.000 femmes ayant été en traitement dans les hôpitaux de Moscou pour les suites de leur ivrognerie.



Il semblerait que la beauté est préjudiciable au bon service de l'infirmière ! La preuve en est dans ce fait que, pendant le siège de Rome, les médecins constatèrent une recrudescence de fièvre chez tous les blessés soignés par la princesse Belgiojoso, dont les yeux trop grands, bien qu'ils eussent vu quarante printemps, conservaient, dit-on, leur attirance magnétique... Pour si préjudiciable que puisse être l'attirance magnétique..., ou autre, les infirmières préfèrent ne pas être des laiderons et ceux qu'elles soignent sont en général du même avis.



La Commission anglaise de la peste dans l'Inde ne croit pas au rôle des rats et des puces dans la propagation de la maladie. Elle se montre très sceptique à l'égard de la théorie du Dr Simmond et estime que les arguments qu'il a donnés à l'appui de ses idées n'entraînent pas la conviction.

Quant à la question des rats, voici ce qu'elle en dit : « Dans nombre de localités où sévissait une grande épidémie de peste humaine, les rats n'ont été nullement infectés, et, d'autre part, là où l'on a observé une mortalité considérable parmi les rats, il n'y a pas eu de cas de peste chez l'homme. »

« Quand la peste a pris pied dans une localité, nous ne dou-

tons pas, dit le rapporteur, que le rôle de l'homme est un facteur plus important d'infection que le rôle des rats. »

Pour la commission, c'est l'homme, par ses vêtements, ses marchandises, etc., qui est le principal agent de la propagation de la maladie.

Elle attribue aussi une grande importance à la viciation de l'air des habitations ; la cause de cette viciation n'étant pas seulement la malpropreté, mais aussi l'absence et l'insuffisance des moyens de ventilation.



Il n'y a pas de sot métier et cette « miss », des environs de Londres, avait l'instinct commercial bien développé pour avoir eu l'idée, comme nous l'apprend un journal politique, de mettre sa propre peau en vente. Ayant eu l'occasion de se laisser enlever il y a quelque temps, au profit d'une amie victime d'un accident, un lambeau de peau qui fut greffé sur le visage de la blessée, et cela sans ressentir une bien forte douleur, l'idée géniale lui vint de mettre sa peau en vente pour greffes médicales. Et aussitôt d'envoyer dans ce but des circulaires aux principaux médecins de Londres. Espérons qu'elle fera fortune comme sa devancière de San-Francisco, qui, il y a une dizaine d'années, s'est livrée à la même opération. Celle-ci mit sa peau en vente à raison de quatre dollars par pouce carré et son commerce prospéra si bien qu'elle vit actuellement de ses rentes, complètement retirée des affaires ! A mon avis, elle a eu tort de s'arrêter en pleine fortune. Sa place était au cirque Barnum, où la simple vue de sa peau en écumoire eût contribué au succès de l'entreprise.



Les rois de l'absinthe ne désarment pas. Les journaux politiques publient l'entrefilet suivant sous le titre : « La consom-

mation de l'absinthe : Il résulte d'une statistique, dont les éléments ont été puisés aux sources officielles, que la consommation de l'absinthe, en sept ans, de 1887 à 1894, a augmenté en France de 85.000 hectolitres; de 1894 à 1898, en quatre ans, une augmentation de 85.000 hectolitres a été constatée.

Faut-il s'en plaindre aussi vivement que le proclament certains hygiénistes? Oui et non. Oui, si l'absinthe, ou plutôt ce qu'on intitule absinthe est ce liquide innommable et imbuvable, âcre et pâteux que servent certains établissements de second ordre, anonymement et criminellement. Non, au contraire, si l'absinthe est l'exquise, délicate et tonique liqueur que plusieurs grands distillateurs, comme, par exemple, la maison Cusenier, inventeur de la célèbre absinthe oxygénée, distillent avec un art consommé et avec une loyauté universellement incontestée.

Ce produit-là est vraiment l'absinthe que l'on doit boire, et comme il sera démontré à l'Académie de médecine elle-même, non seulement elle n'est pas nuisible, mais encore elle exerce sur la santé une action stimulante... »

Cela suffit pour montrer combien cette éhontée réclame est un défi jeté au moment même où les pouvoirs publics demandent à l'Académie la liste des spiritueux à proscrire au premier rang desquels se trouve l'absinthe. Puisse-t-elle être le chant du cygne!

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Les maladies de la déminéralisation organique.

L'anémie plasmatique,

par Albert Robin,
de l'Académie de Médecine.

I

Je me propose d'appeler l'attention des médecins sur un trouble de nutrition de la plus haute importance qui paraît avoir échappé jusqu'ici aux investigations des cliniciens, et qui pourtant, conditionne un groupe morbide ou mieux un élément morbide commun à plusieurs états pathologiques. Il s'agit de la *déminéralisation organique*. Déjà M. Gaube (du Gers) a montré que chaque tissu de l'économie possède sa dominante minérale et que, dans les actes de la nutrition, cette minéralisation joue un rôle très significatif. De mon côté, j'ai exposé à l'Académie l'histoire d'une nouvelle variété d'albuminurie caractérisée, entre autres traits, par la déperdition exagérée des phosphates, et dénommée albu-

minurie phosphaturique. En même temps, je remarquais que dans les premières périodes de la tuberculose pulmonaire et même dans la phase pré-tuberculeuse, il existait presque toujours une déminéralisation très accentuée, si bien qu'on pouvait se demander si cette déminéralisation ne serait pas l'une de ces conditions mystérieuses qui créent le terrain apte à la pullulation du bacille de Koch. De nombreuses recherches, effectuées depuis douze années, apportent déjà à cette hypothèse un appui assez décisif pour me permettre d'espérer qu'il sera possible de remédier à cette déminéralisation et de modifier, par conséquent, ce terrain dans un sens où il deviendra moins favorable à l'évolution du bacille. Si ces recherchent aboutissent, nous aurons pu rendre concrète et fixer chimiquement cette formule abstraite que l'on dénomme idiosyncrasie, en saisissant du même coup le moyen pratique de la suspendre. Mais, je ne suis pas encore en mesure de fournir ce travail définitif et je me borne, pour l'instant, à cette courte indication.

Pour juger de la déminéralisation organique, il faut établir une comparaison entre les principes minéraux ingérés et ceux éliminés par les diverses voies. Mais, ce procédé, indispensable pour des recherches de laboratoire, est absolument inapplicable en clinique, où il est nécessaire de multiplier les expériences et où les malades ne se prêtent pas aux recherches qu'il y a lieu d'effectuer. Et puis, pour qu'un procédé soit pratique, il faut qu'il soit facilement applicable par le médecin, ce qui n'est pas le cas ici. Aussi, je me suis arrêté à une manière de faire beaucoup plus simple, et qui, si elle n'a pas l'absolue précision du procédé précédent, fournit néanmoins des résultats approximatifs que le praticien obtiendra rapidement et facilement, et dont il

tirera d'importantes applications au diagnostic et à la thérapeutique.

Si l'on cherche à établir, chez l'homme sain, soumis à l'alimentation mixte normale, le rapport existant entre les principes minéraux et le résidu total de l'urine, on obtient des chiffres qui ne varient que dans d'assez faibles proportions, entre 28 et 33, c'est-à-dire que pour 100 de résidu sec total, il y a de 28 à 33 de principes inorganiques. J'ai donné à ce rapport le nom de *coefficient de déminéralisation*, et fixé sa moyenne générale à 30 p. 100.

Il est évident que ce coefficient peut dépendre de deux facteurs, à savoir d'une déminéralisation réelle de l'organisme ou d'une ingestion disproportionnée de principes inorganiques, de sel marin en particulier. Or, rien n'est plus facile que de surveiller, à ce dernier point de vue, l'alimentation des malades en expérience, de leur interdire l'usage du sel en nature et la salure exagérée de leurs aliments, puis de se renseigner sur les aliments qu'ils ont pris pendant que l'on recueillait leurs urines, et de calculer, enfin, à l'aide des tables de König la teneur minérale de ces aliments. Avec ces divers documents, on arrivera bien à déterminer si l'élévation du coefficient dépend d'une absorption plus considérable de sels minéraux ou d'une déperdition organique. La détermination de la teneur saline des garde-robes et du sang complète les renseignements précédents et accroît leur valeur. Enfin, dans certains cas obscurs, il sera utile de soumettre pendant quelques jours le malade à une alimentation invariable, comme le régime lacté par exemple, de doser les sels inorganiques de ce lait, et d'établir une sorte de *bilan inorganique*, par la détermination simultanée des principes minéraux de l'urine et des matières fécales.

Tel est, dans ses grandes lignes, le procédé auquel je me suis arrêté. Je vais maintenant exposer quelques-uns des enseignements qu'il fournit, avant de m'étendre sur celui qui fait l'objet principal de cette communication et qui se rapporte à la chlorose et aux diverses anémies.

II

1° Dans la *tuberculose pulmonaire*, le coefficient de déminéralisation s'élève d'une façon constante, à la première période. Même à la troisième période, il descend rarement au-dessous de la normale.

Voici des chiffres :

A. — Tuberculose pulmonaire, tout à fait au début (3 cas). Coefficient = 45,4 p. 100.
B. — Première période confirmée (5 cas). Coefficient = 38,8.
C. — Deuxième période (3 cas). Coefficient = 35,3.
D. — Troisième période (3 cas). Coefficient = 30,4.

Ces chiffres comportent deux indications thérapeutiques s'adressant exclusivement à la question du terrain :

1) Diminuer l'aptitude de l'organisme à la déminéralisation;

2) Lui rendre, sous une forme facilement assimilable, les principes minéraux qu'il perd en excès.

Pour répondre à ces deux indications, connaître le mécanisme du trouble nutritif déminéralisateur et obvier à la déperdition saline, il faut pénétrer plus intimement dans le détail de l'élimination, considérer les matériaux inorganiques, non plus en bloc, mais isolément, et rechercher quels sont ceux qui subissent des variations régulières. Cette étude, déjà fort avancée, fera l'objet de communications ultérieures. Mais l'on peut assurer, dès maintenant,

MORRHUOL

De CHAPOTEAUT

Le **MORRHUOL** renferme tous les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse. Il représente 25 fois son poids d'huile et se délivre en petites capsules rondes contenant 20 centigrammes ou 5 grammes d'huile de morue brune. — DOSE JOURNALIÈRE : 2 à 3 capsules pour les enfants mous, lymphatiques, rachitiques.

MORRHUOL CRÉOSOTÉ

De CHAPOTEAUT

Ces capsules contiennent chacune 15 centigrammes de **MORRHUOL** correspondant à 4 grammes d'huile de foie de morue, et 5 centigrammes de créosote de hêtre dont on a éliminé le créosol et les produits acides.

Elles ont donné les meilleurs résultats dans la **phtisie**, la **tuberculose pulmonaire**, la **bronchite aiguë**, à la dose de 4 à 6 capsules par jour prises au commencement du repas.

Pharmacie, 1, rue Bourdaloue, PARIS.

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la phthisie, la grossesse, l'allaitement, le **lymphatisme**, le **rachitisme** et la **scoliose**, la **dentition**, la **croissance**, les **convalescences**.

SIROP — VIN — SOLUTION (2 à 6 cuillerées à bouche avant le repas)

DÉPOT : 113, Faubourg-St-Honoré et toutes Pharmacies.

VIN DE PEPTONE

DE CHAPOTEAUT

La **PEPTONE CHAPOTEAUT** représente 10 fois son poids de viande digérée et rendue soluble par la *Pepsine*. Prise dans du bouillon ou du lait, elle permet de nourrir les malades les plus gravement affectés sans aucun autre aliment.

Associée à un vin généreux, elle constitue le **Vin de Peptone de Chapoteaut,** d'un goût très agréable, qui se prescrit après les repas à la dose de 1 ou **2** verres à bordeaux chez les ***ANÉMIQUES, CONVALESCENTS, PHTISIQUES, VIEILLARDS*** *et tous ceux privés d'appétit, dégoûtés des aliments ou ne pouvant les supporter.* Ph^cie VIAL, 20, rue de Châteaudun. Paris.

La Peptone Chapoteaut, ou sa pureté, est employée depuis sept années par l'Institut Pasteur et les laboratoires de Physiologie de Berlin, Saint-Pétersbourg, Vienne, pour la culture des organismes microscopiques.

que le fait de la déminéralisation organique à la première période de la tuberculose pulmonaire et même avant l'invasion bacillaire, si j'en crois plusieurs cas en observation, apporte à la détermination du terrain de la tuberculose, des connaissances qui seront certainement utilisées par la thérapeutique comme aussi par la prophylaxie.

2° *Phosphorisme.* — Dans sa remarquable étude sur le phosphorisme, M. Magitot a communiqué à l'Académie le résultat des recherches que j'ai entreprises sur les échanges chez les ouvriers de phosphore. Je ne reviendrai pas sur le détail de ces recherches qui ont fourni un criterium pratique permettant de reconnaître le phosphorisme que l'on pourrait caractériser de latent parce qu'aucune autre manifestation clinique ne le laisse alors déceler. J'ajouterai seulement qu'il n'y a pas, à proprement parler, déminéralisation organique dans le phosphorisme, mais bien suractivité des échanges minéraux, et que cette suractivité frappe d'autant plus que les échanges organiques sont plus amoindris.

3° *Hémoglobinurie.* — Parmi les nombreuses conditions prédisposant à l'hémoglobinurie, la déminéralisation organique joue certainement un rôle important.

Je connais, entre autres, cinq observations où elle a été le principal trouble nutritif à qui l'on peut attribuer une influence prédisposante. Le coefficient s'est élevé dans ces cas à 43 p. 100. On tenta de compenser par un traitement approprié les pertes minérales exagérées, et cette thérapeutique fut suivie d'un plein succès (1).

Il me serait facile de multiplier ces exemples. Mais je ne

(1) Albert Robin, *Traité de Thérapeutique appliquée*. Traitement des hémoglobinuries, fasc. II, p. 289.

les ai cités qu'à titre de documents d'attente, afin d'attirer l'attention sur la portée clinique et thérapeutique de la déminéralisation, en attendant que je dispose d'un assez grand nombre d'observations pour fixer dans les diverses maladies, non seulement la valeur de cette déminéralisation, mais aussi les éléments minéraux sur lesquels elle porte particulièrement dans chacunes d'elles, car la notion du coefficient de déminéralisation demande à être complétée par la fixation du taux de chacun des principes minéraux, certaines maladies possédant comme caractéristique la déminéralisation d'un élément spécial.

Dans quelques-uns de ces cas, et surtout si l'élément en question n'entre que pour une faible part dans le résidu salin de l'urine, comme il arrive pour la chaux et la magnésie, le coefficient est peu ou pas influencé. Il est nécessaire alors d'ajouter à la notion brutale du coefficient de déminéralisation, la connaissance des rapports qui existent entre chaque principe minéral pris en particulier et le résidu total ou mieux l'azote total de l'urine. Mais ceci nous entraînerait trop loin aujourd'hui.

III

Mon but actuel est de démontrer que, contrairement à l'opinion courante, la *chlorose* n'est pas une entité morbide, au sens absolu du mot. C'est une expression, un syndrome qui peut exprimer des troubles nutritifs différents dans leur origine et dans leur essence, et justiciables, par conséquent, de traitements essentiellement dissemblables.

Déjà, j'ai reconnu, qu'au point de vue de la nutrition, il y avait lieu de constituer dans les chloroses une grande coupure, mettant d'un côté, toutes celles qui s'accompagnent

d'une destruction et d'oxydations exagérées, et, d'un autre, celles où les échanges sont ralentis et les oxydations diminuées.

Une série d'observations faites sur l'homme sain ou malade m'ont démontré, d'autre part, que le fer accroissait les oxydations, pendant que les arsenicaux à faible dose les modéraient. Nous possédons alors dans la recherche des modifications subies par les échanges dans la chlorose, un moyen absolu de savoir d'emblée et avant tout essai thérapeutique, si celle-ci est justiciable du fer ou de l'arsenic, puisque les ferrugineux agissent à coup sur dans les *chloroses à oxydations diminuées*, tandis que les arsenicaux ont un effet certain sur les *chloroses à oxydations exagérées*. Je signale simplement cette importante donnée de certitude en thérapeutique, me réservant de l'exposer en détail dans une communication ultérieure.

Mais, il existe un troisième groupe de chloroses, qu'aucune apparence clinique ne permet encore de distinguer des précédentes, et qui forme cependant une individualité distincte, puisqu'elle a sa pathogénie à elle et qu'elle réclame son traitement tout spécial, dont on peut fixer les termes avec une exactitude mathématique.

L'étude suivante en est un exemple.

IV

Mme B..., âgée de 45 ans, sans antécédents héréditaires, toujours bien portante jusqu'en 1880, éprouve, alors pendant six semaines, des douleurs vives du côté de l'estomac, survenant par crises et suivies de vomissements alimentaires. En octobre 1881, seconde crise beaucoup plus forte que la première, ayant duré plus longtemps, dans laquelle

les vomissements semblaient être le symptôme dominant. De 1881 à 1883, les crises revinrent tous les trois ou quatre mois environ ; puis l'affection devint continue et ne subit plus aucune rémission jusqu'en 1888. Cette période fut extrêmement pénible ; malgré un gros appétit, la malade perdit ses forces et maigrit énormément ; les douleurs stomacales étaient incessantes et ne se calmaient momentanément qu'après l'ingestion des aliments ; enfin, comme accident plus sérieux, survinrent huit hématémèses, dont l'une suivit un lavage de l'estomac. Cependant, sous l'influence du régime lacté absolu, sa maladie parut rétrocéder, mais après vingt-deux mois seulement. L'amélioration dura jusqu'en 1890 : depuis lors, jusqu'au moment où la malade est soumise à mon observation, elle n'a cessé de souffrir, quoique la forme de ses douleurs et l'apparence de sa maladie se soient singulièrement modifiées.

Quand je la vois le 10 avril 1893, elle est depuis trois mois en état de crise, et présente les symptômes suivants : appétit nul ; aussitôt après le repas, sensation de lourdeur dans l'estomac, tiraillements ; puis au bout d'une à deux heures, apparition des douleurs vraies, plus ou moins vives, suivies de vomissements. Les heures qui suivent le repas du soir sont surtout pénibles ; l'estomac se ballonne, devient d'une extrême sensibilité, la malade est tourmentée par d'abondantes éructations ; elle a des sensations de brûlure œsophagienne, des accès de bâillements incoercibles, et elle ne retrouve de calme que lorsqu'elle a expulsé le contenu de son estomac.

Celui-ci n'est pas dilaté : il est seulement distendu par des gaz, aux heures qui suivent les repas, et fait voussure au creux épigastrique, mais il est à peine douloureux à la pression.

Le foie est petit; l'abdomen est un peu ballonné. La constipation est intense; jamais il n'y a de selles sans lavements ou purgatifs.

Mais ce qui frappe le plus quand on s'approche de la malade, c'est sa pâleur et son amaigrissement. La pâleur prend des tons de cire vieillie; les conjonctives et les gencives sont décolorées. L'amaigrissement peut être jugé par le poids de 43 kilogrammes que pèse cette grande femme de 1^{m}68 qui nous dit avoir maigri depuis quelques années, de plus de 12 kilogrammes. Aussi a-t-elle, de par cette pâleur, l'aspect d'une chlorotique, et ce qui vient compléter l'idée d'anémie, c'est qu'elle a des palpitations de cœur, qu'on entend un bruit de souffle systolique au niveau de l'orifice pulmonaire, et que les souffles vasculaires au cœur ne diffèrent en rien des souffles les plus intenses perçus chez les chlorotiques.

Les poumons sont sains; les règles sont régulières, mais peu abondantes et presque décolorées; la malade se plaint, en outre, d'une leucorrhée continuelle.

V

Nous nous trouvons donc en présence de deux éléments morbides, une *affection gastrique* et une *anémie profonde*, ayant des allures de chlorose, chez une femme de 45 ans. Or, ce n'est pas précisément l'âge de la chlorose et l'on tient même pour rares et incertaines, à cette époque de la vie, les chloroses de retour dont maints observateurs ont constaté l'existence, mais dont personne n'a encore pu déterminer la nature.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de chlorose vraie ou d'anémie, le premier point à résoudre, était d'en fixer l'ori-

gine, et de rechercher si elle était cause ou conséquence des troubles gastriques qu'éprouvait la malade.

On sait, en effet, que l'anémie et la dyspepsie peuvent s'associer suivant deux modes : dans le premier, c'est l'anémie qui commence; le sang appauvri ne fournit plus aux glandes de l'estomac un matériel suffisant pour la sécrétion d'un suc gastrique normal, d'où toute la série des troubles digestifs due à l'insuffisance qualitative ou quantitative du suc gastrique. Dans le second mode, la dyspepsie ouvre la marche, et l'anémie, essentiellement secondaire, est liée à l'insuffisance de l'alimentation, à l'imparfaite assimilation de produits incomplètement élaborés par l'estomac.

Chez ma malade, la question est facile à résoudre : d'abord, la question d'âge écarte l'entité morbide chlorose, et c'est sous le nom d'anémie que l'on doit donner à l'ensemble des symptômes supportés tout à l'heure. Cette anémie n'est pas survenue spontanément; elle ne s'est montrée qu'à la longue, après plus de dix années de troubles gastriques.

Chronologiquement, la dyspepsie a précédé l'anémie. Au moment où commença la dyspepsie, la malade d'aujourd'hui jouissait d'une santé parfaite; elle était robuste, pouvait faire de longues marches sans fatigue, et n'éprouvait aucune sensation de faiblesse. Elle avait le teint plutôt coloré, ses règles étaient rouges et abondantes; en somme, aucun symptôme traduisant le plus léger degré d'anémie. Le doute n'est donc pas permis, et dans ce cas-type, l'anémie est certainement un accident secondaire de la dyspepsie.

Cette première question tranchée, reste à diagnostiquer la *variété de dyspepsie* en face de laquelle nous nous trouvons.

Si l'on en juge par l'expression symptomatique des pre-

mières étapes de l'affection gastrique, il y a tout lieu de croire que la malade fut d'abord atteinte d'hypersthénie stomacale, car ce n'est guère qu'à cet état morbide que l'on peut rapporter les crises douloureuses suivies de vomissements acides, la perte des forces et l'amaigrissement malgré que l'appétit fut exagéré, l'accalmie temporaire suivant l'ingestion des aliments, et enfin, les hématémèses. Mais, à l'époque où j'examinai la malade, ce diagnostic ne pouvait plus être maintenu; et même, sans l'examen chimique du contenu gastrique, il était facile de soupçonner, à la simple constatation des symptômes, que l'hypersthénie originelle avait fait place à une insuffisance gastrique avec hypochlorhydrie et fermentations acides anormales. Ainsi, la perte de l'appétit, l'apparition des symptômes pénibles au moment même du repas, le pyrosis, l'énorme production de gaz à la période digestive, tout cela constituait un ensemble assez caractéristique pour imposer le diagnostic.

Néanmoins, le 16 avril, j'administrai un repas d'épreuve, qui fut extrait au bout d'une heure et dont l'analyse donna les résultats ci-dessous :

On retire par la sonde 50 cc. d'un liquide légèrement teinté de jaune, fluide, filtrant facilement, ne renfermant par conséquent que peu ou pas de mucine :

Rougit le tournesol.
Bleuit à peine le rouge de Congo.
Acidité totale 4.355 (en HCl).
HCl libre, traces. Légère teinte bleue au violet de méthyle. Soupçon de rose avec les réactifs de Günsbourg et de Boas.
HCl combiné, 2.450.
Acide lactique abondant; coloration jaune du réactif d'Uffelmann. Evalué à 4 gr. 255.
Ni acide butyrique, ni acide acétique.
Ni mucine, ni albumine.
Peu de propeptones.

Peu de peptones. Il suffit d'un demi-cc. de liqueur de Fehling pour amener au bleu franc 1 cc. de suc gastrique.

Déviation du polarimètre 40 cc.

L'eau iodée ne donne, d'abord, qu'une faible coloration rose, mais, avec un excès de réactif, la coloration devient nettement rouge, ce qui indique que les féculents sont à l'état d'achroodextrine, mais qu'il en reste une certaine quantité à l'état d'érythrodextrine.

Cette analyse confirmait exactement les renseignements de la clinique, et vérifiait le diagnostic porté.

Au premier abord, on pourrait s'étonner de cette modification survenue dans la nature du trouble gastrique. Cependant, il n'y a là rien d'irrationnel, et c'est même ainsi que les choses se passent dans beaucoup de cas.

L'hypersthénie gastrique, d'abord temporaire et paroxystique, devient permanente et se maintient à ce degré pendant un temps plus ou moins long, qui, dans notre cas, ne fut pas moindre de deux années. Puis l'excitation exagérée s'atténue, la fonction glandulaire s'épuise, les plans musculaires perdent leur suractivité, sans parler des lésions matérielles de la muqueuse qui peuvent succéder à une hyperexcitabilité si longtemps prolongée. C'est alors la période de l'insuffisance gastrique, insuffisance souvent pure et fonctionnelle, au moins dans ses phases premières, mais qui bientôt se complique de fermentations acides anormales, puisque le suc gastrique insuffisant ne vient plus exercer son action d'arrêt sur les nombreux microbes ingérés avec les aliments, et qui aboutit enfin à l'une des formes de la gastrite chronique. Cette dernière, si souvent engendrée par l'hypersthénie stomacale, peut en procéder directement ou passer par l'étape de l'insuffisance gastrique.

Mais j'en reviens à notre malade. Les diverses connaissances acquises à son sujet par l'étude qui précède, me firent porter le *diagnostic* suivant :

Insuffisance gastrique avec hypochlorhydrie et fermentations acides secondaires, consécutive à une ancienne hypersthénie. Anémie profonde d'origine digestive.

VI

Le cas me parut d'une allure assez nette, pour que j'aie cru devoir l'étudier d'une façon complète, en vue d'y connaître les moindres éléments, et d'instituer, si possible, un plan de traitement auquel je ne crains pas de donner l'épithète de mathématique.

J'appelai la bio-chimie à mon aide, car elle seule pouvait pénétrer, avec la précision nécessaire, dans les mystères de la nutrition, et m'éclairer sur les actes organiques intimes dont je ne constatais, cliniquement, que les résultantes.

J'examinai d'abord l'urine dont l'analyse est consignée, en entier, dans le tableau n° 1.

De cette analyse, je vais extraire les points essentiels dont l'interprétation m'a conduit à formuler le traitement, d'apparence singulière, dont j'exposerai plus tard le détail et les résultats.

1° La quantité du *résidu total* excrété par kilogramme de poids est inférieure à la normale, ce qui indique déjà une *nutrition insuffisante*. Mais l'insuffisance nutritive porte surtout sur le *résidu organique* qui tombe à 0 gr. 438, au lieu du chiffre normal de 0 gr. 605. Au contraire, il existe une *déminéralisation organique* très évidente, puisque le chiffre du *résidu inorganique* monte à 0,414, au lieu de la normale de 0,289. Le rapport du résidu inorganique au résidu total s'élève à 48,5 p. 100, le chiffre normal ne dépassant pas 31 à 33 p. 100. Je tire donc cette première conclusion que les

échanges organiques sont notablement diminués (27,6 p. 100), et que, par contre, les échanges minéraux sont en augmentation très marquée (43,2 p. 100).

TABLEAU I

Anémie plasmatique. — Analyse des urines recueillies avant le traitement (19 avril).

CARACTÈRES DE L'URINE	PAR 24 heures	PAR KIL. DE POIDS	CALCUL DES COEFFICIENTS UROLOGIQUES	
Quantité................	1000^{cc}	23.2	Coeff. d'oxydation azotée.....	81.6 %
Densité................	1017	»	— d'oxydation des soufros	83.5
Réaction	acido	»	Mat. salins : mat. solides.....	48.5
Résidu solido...........	36.65	0.852	Acide urique : urée..........	1:22
— organiquo.....	18.85	0.438	Ph^2O^5 : azote total...........	8.5
— organique.....	17.80	0.414	Azoto d'acide urique : Az total	2.59
Azoto total	8.13	0.189	Ph^2O^5 terreux : Ph^2O^5 total..	25.7
Azoto do l'urée	6.64	0.154	Acide sulfurique total : Az total	24.2
Urée..................	14.24	0.331	Potasso : Az total............	19.7
Acido urique...........	0.64	0.0148	Soude : Az total.............	71.2
Matièros extract. azotées.	3.29	0.076	Chaux : Az total..............	1.63
Matières ternaires.......	0 64	»	Magnésio : Az total..........	0.97
Azote incompl. oxydé....	1.49	»	Chloro : Az total.............	92.4
Chlorure de sodium.....	12.40	0.288		
Acido phosphorique.....	0.70	0.0162		
— lié aux alcalis.....	0.52	0.0120	POURCENTAOE DES MATÉRIAUX SALINS	
— lié aux terros	0.18	0.0042		
— sulfuriquo total...	1.97	0.0458		
Soufre incomplètement			Chloro.......................	42.40%
oxydé en SO^4H^2.......	0.325	0.00755	Soude.	32.50
Acido sulfur. conjugué..	0.134	0.00311	Acide phosphoriquo..........	3.90
— préformé.........	1.511	0.0351	Soufre préformé..............	8.40
Chaux..................	0.133	0.00309	Soufro conjugué	0.75
Magnésie...............	0.079	0.00183	Potasse......................	9.02
Potasse................	1.607	0.0373	Chaux.......................	0.74
Soudo..................	5.791	0 134	Magnésie....................	0.44

Je cherche alors la cause des exagérations des échanges minéraux, et c'est du côté de l'alimentation que je dirige mon investigation. Le malade est au régime d'hôpital, et

je me suis assuré par de nombreuses recherches qu'avec ce régime, le rapport du résidu inorganique au résidu total de l'urine ou *coefficient de déminéralisation* atteint à peine et ne dépasse jamais 35 p. 100. D'ailleurs, pour plus de sûreté, je fais analyser les urines de deux chlorotiques de la salle, soumises à la même alimentation que notre malade, et j'obtiens les rapports de 31,8 p. 100 et de 34,1 p. 100.

Puisque cet excès de sels urinaires ne provient pas entièrement de l'alimentation, il faut admettre qu'il a pour origine une déminéralisation de l'organisme. Comment en avoir la preuve? Simplement en faisant une *analyse du sang*. On retire 5 cc. de sang dont l'examen sommaire fournit les chiffres ci-dessous.

Analyse du sang avant le traitement :

Densité....................	1045
Résidu solide (RT).............	191,60
Résidu organique..............	186
Résidu inorganique (RI).........	5,60
Eau...........................	853,40
Rapport RI : RT...............	2,91 p. 100

Que remarque-t-on dans ce tableau ? La densité du sang est diminuée, et par suite la somme des matériaux solides s'abaisse pendant que l'eau augmente. Mais cette diminution, sur quoi porte-t-elle principalement? C'est sur les matériaux salins, puisque leur rapport aux matériaux solides s'abaisse à 2,91 p. 100 au lieu de la normale de 5 p. 100. Et ce n'est pas seulement le rapport qui s'abaisse, c'est aussi le chiffre brut de ces principes salins qui n'atteignent que 5 gr. 61 par litre, alors que le sang normal en contient environ 9 grammes.

Il existe donc une *déminéralisation du sang*, et les sels

qu'on trouve en moins dans le sang, on les retrouve en plus dans l'urine.

Quelle est maintenant la partie du sang qui subit cette déminéralisation? Est-ce le plasma, sont-ce les globules rouges?

Pour le savoir, consultons notre tableau n° 1. La proportion de chlorure de sodium éliminée par kilogramme de poids est de 0 gr. 288, pour une normale de 0 gr. 161, soit 78,8 p. 100 d'augmentation. Ce n'est pas tout : le rapport du chlore à l'azote total monte de la normale 43 à 92,47 ; le rapport de la soude à 71,2 p. 100 (1), celui de l'acide sulfurique à 24,2 p. 100 (2). Enfin, sur 100 parties de cendres, le *chlore* compte pour 42,4, la *soude* pour 32,50 (3).

Par contre, l'*acide phosphorique* est considérablement diminué, de quelque manière qu'on l'envisage. Le *soufre* est augmenté dans son rapport avec l'azote, normal par kilogramme de poids, légèrement diminué par rapport aux autres sels. La *potasse* est normale sous tous les rapports. La *chaux* et la *magnésie* sont en sensible diminution dans leurs poids absolus, mais non dans leurs rapports avec l'azote.

La *conclusion* de ces faits me semble facile à tirer.

Si la proportion de la plupart des matériaux salins à l'azote total de l'urine reste normale, sauf pour la soude et le chlore qui sont augmentés et pour l'acide phosphorique qui est diminué, j'en conclus :

1° Que les échanges de mon malade sont normaux, sauf en ce qui concerne les éléments ci-dessus;

---

(1) Normale 32 à 35 p. 100.
(2) Normale 18,8 à 20 p. 100.
(3) Normale pour le chlore 32,50 p. 100, et pour la soude 26,60 p. 100.

2° Que les tissus et les liquides riches en chlorure de sodium subissent une désintégration suractivée;

3° Que les tissus ou les liquides riches en phosphore sont, par contre, en état de nutrition ralentie.

Quelle est la partie du sang la plus riche en chlorures et en soude? Incontestablement le plasma, dont le chlorure de sodium est le sel le plus important, tandis que l'acide phosphorique et la potasse sont les éléments minéraux essentiels des globules rouges. Par conséquent, il existe dans ce cas, une *déminéralisation du plasma sanguin;* cette déminéralisation porte principalement sur le chlorure de sodium. Au contraire, les échanges salins des globules rouges sont en diminution considérable, soit que le nombre de ceux-ci soit sensiblement diminué, soit que leur activité soit amoindrie. Et il est fort probable qu'il s'agit à la fois d'une diminution de nombre et d'activité, puisque la numération des globules rouges donne le chiffre de 2.329.000, et que la valeur globulaire n'est représentée que par 0,72, la normale étant 1.

La démonstration me paraît donc aussi complète que possible, et l'on peut formuler ainsi le *fait* en face duquel nous nous trouvons :

Dans certaines anémies, il existe une déminéralisation du plasma, dont le chlorure de sodium, en particulier, passe en excès dans l'urine. D'autre part, les globules rouges de ces anémiques diminuent de nombre et d'activité; le sang total, lui aussi, subit d'autres modifications qui pourraient se résumer dans la diminution de la densité, des matériaux solides, des matières organiques, des sels, avec cette particularité que les sels totaux diminuent beaucoup plus que tous les autres éléments.

VII

Pour tirer d'une observation comme celle-ci toutes les indications qui peuvent conduire à une thérapeutique certaine, il ne faut pas se contenter d'en étudier les grandes lignes, mais on doit scruter, avec le secours d'une minutieuse analyse, tous les détails du mouvement nutritif. Ainsi, à côté du fait fondamental que je viens d'établir, il y a lieu de grouper les faits accessoires qui en dérivent; par exemple, de rechercher quelles sont les conséquences de l'altération saline du plasma sur la nutrition générale et sur les grands processus physiologiques de la vie.

Prenons cette altération saline du plasma et recherchons-en les effets. La cause, j'essaierai de la discuter plus tard, à l'aide d'autres documents, et je rechercherai quels liens la rattachent à certains troubles dyspeptiques.

Quant aux effets, ils sont de deux ordres, les uns s'exercent sur les globules rouges du sang, les autres retentissent sur la nutrition générale.

Le plasma est le milieu intérieur des globules rouges et blancs. C'est en lui qu'ils puisent leur matériaux nutritifs, qu'ils rejettent les produits de leur activité; c'est lui qui les conserve et les fait vivre. Les sels du plasma ont un double rôle vis-à-vis des globules; non seulement, ils les conservent, mais ils peuvent être considérés comme les metteurs en train de la nutrition intime du sang.

Le rôle conservateur du plasma n'est mis en doute par personne; c'est sur sa connaissance qu'on a édifié la composition des divers sérums artificiels employés dans nos laboratoires et qui tentent maintenant de pénétrer empiriquement dans la thérapeutique. Pour que ce rôle puisse

s'accomplir, il est de toute nécessité que la constitution saline du plasma ne varie pas dans de trop grandes limites, en d'autres termes, que le squelette virtuel du plasma ne subisse aucune désorganisation. Toute altération dans cette constitution saline doit retentir sur des éléments anatomiques aussi hautement différenciés que les globules rouges, alors que les propriétés communes de nutrilité sont réduites au minimum vis-à-vis de leur exclusive adaptation pour l'oxygène, et qui ne vivent et n'exercent cette fonction, qu'à la condition de circuler dans un milieu de composition déterminée et à peu près constante.

Mais voilà que ce milieu s'altère, que son équilibre salin est rompu ! Les globules s'y comporteront comme dans un sérum artificiel incomplet : ou bien ils se dissoudront, ou bien ils se renouvelleront mal, ou bien leur activité subira un amoindrissement. Quelle que soit celle de ces éventualités qui se réalise — et il y a tout lieu de croire que leur réalisation est simultanée — la résultante n'en saurait être autre qu'une forme d'anémie dans laquelle le globule rouge n'est atteint que secondairement, dont le premier acte est une maladie saline du plasma, et que je propose de différencier, pour cette raison, sous le nom d'*anémie plasmatique*.

Après avoir mis en relief l'influence de la déminéralisation plasmatique sur les globules rouges du sang et la variété nouvelle d'anémie qui en est la conséquence, il convient d'étudier les réactions que cette déminéralisation exerce sur la *nutrition générale*.

Un premier point m'a frappé : c'est que les *globules blancs* paraissent plus nombreux dans le sang. A vrai dire, cette remarque n'a rien d'absolu, puisqu'il ne s'agit que d'une impression et que je n'ai pas de numération précise à fournir ; et puis, quand même le fait serait reconnu exact,

il faudrait toujours tenir compte de la diminution des globules rouges qui peut faire croire à une augmentation absolu du nombre des globules blancs, alors qu'il ne s'agit que d'une augmentation relative. Néanmoins, je ne puis m'empêcher d'être impressionné par l'apparence microscopique du sang que j'ai examiné à maintes reprises, et par cet autre fait que j'en rapproche, à savoir la proportion élevée de l'*acide urique*. Celui-ci atteint 0 gr. 64 en 24 heures, 0 gr. 0148 par kilogramme de poids. Son rapport à l'urée descend à 1,22, au lieu de 1,45.

Si je rapproche ces deux faits, augmentation probable des leucocytes et élévation de chiffre de l'acide urique, c'est que J. Horbaczewski (1) a démontré que ces deux phénomènes marchaient ordinairement de pair, la leucocytose, de quelque origine qu'elle soit, engendrant toujours de l'acide urique en excès. Donc, si la vue que j'émets aujourd'hui d'une manière encore problématique, est vérifiée par des recherches ultérieures, on pourra placer la *leucocytose* avec toutes ses conséquences au rang des symptômes de la variété d'anémie que je veux individualiser.

Cette diminution des globules rouges et cette leucocytose qui forment le second acte de l'anémie plasmatique introduisent à leur tour des troubles de troisième étape, dont l'un des plus importants est la *diminution des oxydations*. Les oxydations azotées n'éprouvent, il est vrai, qu'une diminution minime (coefficient d'oxydation à 81,4 p. 100 au lieu de la normale de 84 p. 100), mais l'oxydation du soufre est plus profondément intéressée et son coefficient descend à 83,57, au lieu de 90 p. 100.

---

(1) J. Horbaczewski. Beiträge zur Kenntniss der Bildung von Harnsaüre und der Xanthinbasen, sowie der Eatstehung der Leucocytosen im Saugethierorganismus. *Monatshefte der Chemie*, t. XII, p. 221-275, 1891.



Il en résulte ce fait capital, c'est que non seulement les processus de désassimilation sont amoindris, mais que l'oxydation, cette haute manifestation de la vie, est plus frappée encore, puisque la faible quantité des produits de la désassimilation ne subit même pas son évolution normale. C'est donc l'activité vitale tout entière qui est touchée dans ses œuvres vives et qui remplit tout le troisième acte de ce petit drame dont le second acte est occupé par la diminution des globules rouges, le premier par la déminéralisation plasmatique, et le prologue pas une insuffisance gastrique avec fermentations secondaires.

VIII

Jusqu'ici, je n'ai émis aucune hypothèse, et toute théorie a été laissée de côté. Les faits que j'ai observés se sont enchaînés les uns aux autres par une succession pour ainsi dire naturelle, sans qu'il ait été besoin d'étendre leurs limites ni de forcer leur juxtaposition. Mais je me rends parfaitement compte que si l'on voulait se laisser aller à des interprétations, il serait possible de les envisager et de les sérier d'une manière différente. Je suis convaincu que tel théoricien m'objectera que point n'est besoin d'invoquer la déminéralisation plasmatique pour justifier la diminution des globules rouges et l'anémie qui s'ensuit, que l'anémie est considérée depuis Beau, comme une des suites naturelles de la dyspepsie, que je commets l'énorme faute de ne pas tenir compte de l'action des toxines, que tout estomac dans lequel se font des fermentations anormales fabrique des toxines, que celles-ci pénètrent dans la circulation et frappent les globules rouges de mort, que c'est là un méca-

nisme d'anémie aujourd'hui classique, c'est-à-dire admis par le plus grand nombre.

Mais, comme l'argument est facile à rétorquer! Certes, personne plus que moi, — et l'observation actuelle en est une preuve — n'admet l'influence génératrice de certaines variétés de dyspepsie sur l'anémie; ce que je veux, c'est découvrir comment de dyspeptique on devient anémique, afin d'établir un traitement qui ne soit pas la lutte banale du fer contre la diminution globulaire, et qui procède avec la sûreté d'une réaction chimique.

A ce point de vue, prenons la *théorie* des toxines : d'abord, je ne crains pas de déclarer hautement que, dans les troubles fonctionnels de l'estomac, il ne se produit que fort exceptionnellement des toxines, au sens propre du mot. Combien de fois les ai-je cherchées sans succès, car l'on ne peut donner le nom des toxines aux acides organiques divers que les fermentations anormales engendrent dans l'estomac. La toxine de MM. Bouveret et Devic n'est qu'un produit artificiel, analogue dans une certaine mesure à ces glucoses azotés dont Paul Thénard fit jadis une si remarquable étude, et dont les propriétés toxiques mêmes sont d'une intensité très relative.

L'idée des toxines d'origine stomacale détruisant les globules rouges reste donc une idée théorique, puisque l'existence de ces toxines est encore problématique, et à cette théorie, j'oppose un *fait*, celui de la déminéralisation plasmatique.

Mais ce n'est pas tout. La production des toxines s'accompagne habituellement d'une formation plus grande d'acide sulfurique conjugué. Une partie de l'acide sulfurique produit dans l'organisme par oxydation du soufre des albumines, se conjugue à l'indol, au skatol, au crésol, et à tant

d'autres produits qui, dans une certaine mesure, sont liés à la formation des diverses toxines. Aussi la mesure de l'acide sulfurique conjugué peut-elle fournir d'importantes indications sur le degré d'activité des fermentations intra-organique d'où dérivent les toxines. Que donne cette mesure dans notre cas? L'acide sulfurique conjugué n'atteint en vingt-quatre heures que 0 gr. 134 au lieu de 0 gr. 150. Par conséquent, cet acide sulfurique conjugué est diminué, ce qui implique manifestement une diminution parallèle dans la genèse des toxines.

Autre réplique à l'argument qu'on pourrait m'opposer. Les toxines, dit-on, détruisent les globules, d'où l'anémie. Mais, s'il en était ainsi, on trouverait dans l'urine les produits de la destruction globulaire; et comme les globules rouges sont des organes riches à la fois en azote, en phosphore et en potasse, on devrait doser dans l'urine des quantités exagérées de ces principes ou tout au moins une augmentation des rapports normaux de la potasse et de l'acide phosphorique à l'azote total. Cependant, c'est précisément le contraire qui a lieu, puisque l'acide phosphorique total est énormément diminué (0 gr. 70 pour vingt-quatre heures et 0 gr. 0162 par kilogramme de poids, au lieu de 2 grammes et de 0 gr. 035), et que le rapport Ph^2O^5 : AzT = 8,57 au lieu de 18 p. 100. La potasse est moins diminuée (1 gr. 607 au lieu de 1 gr. 800, et rapport KHO : AzT = 19,7 au lieu de 20 p. 100).

Enfin, considérons la question thérapeutique. La théorie des toxines implique aussitôt l'emploi de la médication antiseptique. J'ai montré ailleurs toutes les illusions, pour ne pas dire les dangers de l'antisepsie interne; mais, n'importe; j'admets, pour un instant, son bien fondé! Alors, nous administrerons à notre malade, suivant la vogue

du moment, le naphtol, le salicylate de bismuth, le salol, le benzonaphtol, etc. Or, je tiens pour certain que, sans améliorer les fonctions digestives, nous aggraverons forcément son état général, parce que la plupart de ces antiseptiques s'éliminent sous forme de corps sulfo-conjugués à base de potasse, qu'ils aideront à la déminéralisation parce qu'il faut bien qu'ils prennent quelque part le soufre et la potasse qu'ils entraînent, et qu'ils ne peuvent prendre ces éléments minéraux que là où ils sont; et où est la potasse, si ce n'est dans les muscles et les globules rouges du sang; où est le soufre, si ce n'est dans la molécule albuminoïde ?

Cette médication agira donc dans le sens de la maladie, et si elle suspend certains des actes secondaires de la dyspepsie, comme les fermentations, elle n'aura qu'une néfaste influence sur l'anémie dont elle ne peut que favoriser le développement. Et ceci n'est pas une simple vue de l'esprit, une affirmation sans preuves : j'ai pour moi la clinique, car comme tout le monde, j'ai employé cette médication, si séduisante par sa simplicité et son apparence scientifique, et j'y ai renoncé devant la nullité des résultats, avant de la combattre avec l'argument de la balance et de la réaction chimique.

L'objection théorique est donc écrasée par les faits intervenant dans toute leur simplicité, sans même le secours d'aucune interprétation. Et l'argumentation qui précède comporte encore cet autre enseignement, que, dans l'anémie plasmatique, on est bien plutôt en présence d'une rénovation imparfaite des globules rouges que d'une suractivité dans leur destruction.

IX

Toute l'étude qui précède n'a d'autre objectif que la *thérapeutique*, et je dois aborder maintenant l'examen des indications et les moyens de les remplir.

La dyspepsie par insuffisance gastrique avec fermentations acides secondaires étant le *premier acte morbide*, c'est elle que nous devons combattre en premier lieu, car si la cause persistait, nous aurions beau combattre l'effet par les procédés les plus certains, qu'aucun succès durable ne répondrait à nos efforts. Ce qu'il faut, c'est prendre chacun des actes morbides dans son ordre chronologique d'apparition et ne le traiter que lorsqu'on aura reconnu, d'une manière indiscutable, que l'acte morbide antérieur et causal a repris sa direction physiologique.

Je suis revenu déjà, à maintes reprises sur les principes qui, suivant moi, doivent guider le praticien dans le traitement des dyspepsies. Je repousse de toutes mes forces et au nom d'une expérience de vingt années le *traitement chimique* qui consiste à saturer par des alcalins l'acide chlorhydrique en excès dans les cas d'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie, à introduire de l'HCl lorsqu'il manque et à mettre des antiseptiques dans l'estomac, quand il y a des fermentations anormales (1).

En agissant ainsi, on ne fait qu'une thérapeutique de symptômes, palliative peut-être au début, mais dont la répétition conduit, dans les hypersthénies, à l'épuisement des glandes et au catarrhe stomacal, et dans les insuffi-

---

(1) ALBERT ROBIN. *Les maladies de l'estomac*, 2e édition. Paris, 1903.

sances, à la paralysie des cellules sécrétantes qui possèdent encore quelque activité.

D'ailleurs, la clinique a confirmé sur tous les points les renseignements de l'expérimentation. L'HCl qu'on ingère à titre médicamenteux diffère autant de l'HCl normal du suc gastrique qu'un corps diffère de lui-même quand il est à l'état naissant, sans compter que cet HCl du suc gastrique est, de plus, à l'état de combinaison peptique; aussi, loin d'agir dans l'estomac comme dans le verre à expérience des digestions artificielles, est-il rapidement absorbé, comme l'ont démontré les recherches de Hugo Henne (1).

Enfin, sans revenir sur ce que je disais tout à l'heure au sujet des antiseptiques, il résulte des faits que j'ai observés depuis nombre d'années, que, avec des doses minimes d'antiseptiques, on ne modère les fermentations gastriques que d'une façon pratiquement illusoire, et qu'avec des doses fortes, suffisantes pour suspendre l'action des ferments, on suspend en même temps la digestion gastrique qui n'est, elle aussi, qu'un mode particulier de fermentation. L'antiseptique devient là antipeptique. Alors, je me demande où est le bénéfice pour le malade!

(*La suite dans le prochain numéro.*)

(1) Hugo Henne. Experimentelle Beiträge zur Therapie der Magenkrankheiten. *Zeits. f. kl. Med.*, t. XIX, p. 286-381.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Gynécologie et obstétrique.

Sur l'opothérapie ovarienne. — Depuis 1898, l'ovarine a été maintes fois employée par M. Bestion de Camboulas qui en a toujours été satisfait (*Congrès de médecine de Toulouse*, 1902). Dans la chlorose, l'anémie et l'aménorrhée qui les accompagne, il a obtenu de très bons résultats et souvent après que le malade eut employé tous les autres moyens thérapeutiques, quinquina, kola, ferrugineux, etc. Sur quinze observations, il n'a qu'un seul cas d'insuccès à signaler.

Plusieurs de ces malades ont vu revenir leurs règles au bout d'un ou deux mois de traitement, avec une dose de 40 à 50 grammes d'extrait d'ovaire par jour (les pilules étant dosées à 10 grammes) dans l'anémie simple.

L'extrait d'ovaire est aussi utile dans la ménopause qui rend si fréquemment les femmes malades. Avec lui on voit disparaître les céphalées et les vertiges, les bouffées de chaleur diminuent, les flueurs blanches, qui fréquemment succèdent aux règles, se tarissent souvent et toujours l'état général est amélioré. La digestion est plus facile; la constipation, si fréquente à l'âge critique et dans la plupart des affections utérines, disparaît. On constate également la diminution très sensible, et souvent même la disparition de la nervosité plus ou moins excessive des malades aux époques menstruelles.

En résumé, la médication ovarienne est toujours indiquée quand il s'agit d'un mauvais fonctionnement de la glande ou mieux d'insuffisance ovarienne :

1° Insuffisance d'ordre congénital : femme mal réglée avec ou sans dysménorrhée;

2° Insuffisance liée à la formation : aménorrhée et chlorose et souvent dysménorrhée;

3° Insuffisance liée à la ménopause naturelle ou artificielle, post-opératoire.

En un mot, toutes les fois que la glande fonctionne mal, on doit employer l'opothérapie ou tout ou moins en essayer avant de penser à une intervention chirurgicale.

Maladies de la peau.

Traitement des eschares provenant du décubitus.

On facilite la chute de l'eschare apr des tampons de ouate imprégnés de topiques antiseptiques comme le suivant :

Acide phénique..........................	5 gr.
Huile d'olive............................	300 »

Ou bien on saupoudrera la surface avec l'iodoforme, finement pulvérisé, et on recouvrira de gaze iodoformée.

On emploiera encore des compresses imbibées de topiques semblables, ou du suivant recommandé par Billroth :

Permanganate de potasse...........	0 gr. 60
Eau distillée.......................	500 »

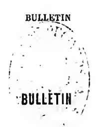
Ce traitement local aura pour auxiliaire une médication interne : vin, quinine, toniques, alcool. Billroth prescrit volontiers le camphre à l'intérieur sous forme de prises :

Camphre pulvérisé..........	0 gr. 15 à 0 gr. 20
Gomme arabique pulvérisée.	0 » 60 à 0 » 80

Pour un paquet à prendre dans la journée.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



L'assurance chirurgicale. — L'hygiène dans les bureaux de poste. — Une nouvelle maladie. — Attelles plâtrées de Sahli. — Le nombre des médecins. — Maisons de retraite pour les bêtes. — Nominations de professeurs. — L'infection par l'air en chirurgie.

On s'assure contre tout aujourd'hui : contre l'incendie, la grêle, le vol, les remboursements des obligations... que sais-je encore! Il restait à créer l'assurance contre les risques chirurgicaux.

Les Anglais viennent de la créer : contre paiement d'une indemnité convenue, l'assuré aura droit, en cas de maladie nécessitant une intervention chirurgicale, et Dieu sait si elles sont fréquentes aujourd'hui, soit à une somme déterminée, soit à l'opération gratuite et aux soins consécutifs dans une maison de santé.



Le sous-secrétaire d'État des Postes et des Télégraphes a prescrit au service de l'inspection générale fonctionnant auprès de son administration de visiter, avant la fin de l'année, tous les bureaux de poste et de télégraphe de Paris, pour s'assurer qu'ils sont en bon état d'entretien et de propreté, que leur mobilier, notamment celui des salles d'attente, est convenable, et que les mesures hygiéniques prescrites dans l'intérêt, tant du personnel que du public, y sont rigoureusement appliquées.

Dans les quartiers du Nord de Londres sévirait depuis quelques jours une maladie de forme nouvelle non observée encore par les médecins. Elle serait caractérisée par des douleurs rhumatismales généralisées et par de l'œdème des jambes et des cous-de-pied. Ignorant l'origine de l'affection, on est fort embarrassé, parait-il, pour le choix d'un traitement.



On emploie depuis quelque temps dans les hôpitaux suisses des attelles plâtrées d'un genre nouveau dont l'application est des plus faciles. Imaginées par M. Sahli (de Berne), elles se composent d'une sorte de boyau en tissu de coton hydrophile tricoté, renforcé à son intérieur d'une bandelette de toile d'emballage. Le plâtre est très également réparti à l'intérieur de l'attelle; il se trouve complètement entouré de tissu et la bandelette intérieure constitue par ses fibres végétales très résistantes une sorte de squelette à l'attelle, comme dans le ciment armé des constructions modernes. Longue d'un mètre et large de 6, de 8, ou de 10 centimètres, ces attelles sont enfermées dans des boîtes métalliques soigneusement soudées s'ouvrant à l'aide d'une clef à la façon des boîtes de conserves et d'une conservation indéfinie : à ce dernier titre elles ont été adoptées pour l'équipement des ambulances de l'armée suisse.



D'après les chiffres fournis par ces dix dernières années, il y a, sur 10.000 habitants, 5,1 médecins en Allemagne ; 4,1 en Autriche ; 2,8 en Hongrie ; 6,3 en Italie ; 6,1 en Suisse ; 3,9 en France ; 7,1 en Espagne ; 5,2 en Belgique ; 6,1 en Angleterre ; 7,7 en Écosse; 5,6 en Irlande; 6,4 au Danemark; 5,3 en Norvège ; 2,7 en Suède ; 2,7 en Russie d'Europe.

C'est donc l'Écosse qui détient, à cet égard, le record. Après elle viennent l'Espagne, le Danemark et l'Italie. Au contraire, la France occupe une des dernières places.

Pour les capitales, Paris est aussi le plus favorisé : il ne compte que 9,7 médecins sur 10.000 habitants. Au contraire, Vienne en compte 13, Budapest 16,4, Bruxelles 14,7, Londres 12,8, Berlin 14,1 et Madrid 24,4.]



La sollicitude pour les animaux n'est pas une vertu exclusivement réservée aux vieilles demoiselles anglaises. La *République nouvelle* nous apprend qu'il existe aux portes de Paris, à Bezons, une véritable maison de retraite pour les bêtes. Le piquant de cette innovation, c'est que la fondatrice de cette maison de retraite est la fille d'un « disséqueur » endurci et d'un grand savant, le célèbre physiologiste Claude Bernard. Et la fondatrice de ce curieux établissement semble penser qu'elle répare les « fautes » de son père. Il ne faut pas trop sonder les cœurs!



La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique parait ne pas vouloir rester effacée dans le choix des professeurs. C'est ainsi qu'elle vient de faire nommer à la chaire de toxicologie et de chimie organique de l'Université de Montpellier M. Imbert, et à la chaire d'hygiène M. Bertin Sans, alors que les candidats présentés au choix du ministre avaient été MM. Fons-Diacon et Imbert pour l'École de Pharmacie; MM. Rozier et Védel pour la Faculté de médecine.

On peut se rappeler que c'est la section permanente qui, le 20 juin dernier, a repoussé par 11 voix contre 1 (celle de l'ex-recteur Gréard) la permutation du professeur Tillaux, votée huit jours auparavant par la Faculté de médecine de Paris.

Par ce triple avertissement donné en peu de temps, la section permanente prouve qu'elle entend être autre chose qu'une simple chambre d'enregistrement.

°°°

L'air joue-t-il un rôle dans l'infection des plaies? On le croyait autrefois, on ne le croit plus aujourd'hui. Cependant il ressort d'une communication de MM. Quénu et Landelle à la *Société de chirurgie* que ce n'est pas sans utilité que dans certaines salles d'opération il est défendu de parler, de circuler, de se remuer et de laisser pénétrer des gens enrhumés. Ils ont constaté en effet, en étudiant le nombre et la nature des germes tombés en un temps déterminé dans des milieux de culture spécialement choisis que dans les salles d'opération à peu près vierges de microbes quand elles sont vides, l'infection de l'air croît en rapport direct avec le nombre des assistants et les mouvements qu'ils exécutent. Ils ont vu aussi dans les salles de malades les microorganismes augmenter avec le balayage, le va-et-vient du personnel et des visiteurs. Si ces germes sont habituellement sans dangers, il est des cas où ils présentent une excessive virulence,dont MM. Quénu et et Landelle ont pu observer l'action manifeste sur certains malades. Il faut par conséquent compter dans une certaine mesure avec l'action infectante de l'air et savoir que le moyen le plus pratique de rendre aseptique l'atmosphère d'une salle, c'est d'y vaporiser de l'eau oxygénée. Celle-ci agirait sur les microbes virulents comme le fait l'air combiné au soleil, dont on connaît l'action puissamment germicide.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Les maladies de la déminéralisation organique (1).

L'anémie plasmatique,

par ALBERT ROBIN,
de l'Académie de Médecine.

X

C'est pour toutes ces raisons que j'ai substitué la *thérapeutique physiologique* à la *thérapeutique chimique*. Le but de celle-ci est de gouverner les fonctions de l'estomac, non pas, comme croit le faire la chimie, en ajoutant ce qui manque et en saturant ce qui est en excès, mais en modérant les excitabilités exagérées et en réveillant les activités endormies.

Il y a deux manières d'arriver au but.

La première consiste à atteindre la fonction stomacale par l'intermédiaire du système nerveux central et de la circulation générale; mais elle nécessite des doses médicamenteuses élevées et qui ne seront pas sans grand dommage

(1) Voir le numéro 23 du 23 décembre 1902.

pour tant d'autres fonctions, puisque avec cette méthode, la seule qui règne aujourd'hui, il faut frapper l'organisme tout entier pour modifier la fonction stomacale.

La seconde, que je m'efforce de vulgariser, est basée sur les actions médicamenteuses locales, sur la mise en jeu des réflexes glandulaires et circulatoires par des doses extrêmement faibles qui limitent leur action à la muqueuse stomacale.

C'est cette thérapeutique, dont je vais maintenant exposer la technique, que j'ai employée chez notre malade.

On a vu plus haut comment, après une période longue d'hypersthénie gastrique, cette malade était tombée dans l'insuffisance, par une sorte d'épuisement du autant à la fatigue de l'organe qu'au traitement alcalin longtemps prolongé. Je dis qu'il y a seulement insuffisance, parce que la fonction chlorhydrique est loin d'être entièrement éteinte; elle est simplement ralentie. Les muscles stomacaux sont en état de tonicité amoindrie; ils se laissent distendre facilement par des gaz, mais ils n'ont pas perdu leur activité puisqu'ils sont encore capables de se contracter sous l'influence des excitations alimentaires. Et c'est cet affaiblissement total de la fonction qui permet aux ferments figurés de faire leur œuvre, en présence d'un suc gastrique insuffisant, et d'engendrer, aux dépens des aliments, des acides organiques dont la présence imprime à l'affection primitive le caractère nouveau qu'apporte une complication.

Il s'agit donc ici de combattre l'insuffisance glandulaire et musculaire, en un mot, de réveiller la fonction endormie. Voici à l'aide de quels moyens j'ai rationnellement tenté l'aventure.

Cinq minutes avant les repas, j'ai administré, dans un cachet, l'association médicamenteuse suivante :

Sulfate de potasse.................. }	ââ 0 gr. 05
Azotate de potasse.................. }	
Bicarbonate de soude...............	0 » 30
Poudre d'yeux d'écrevisse...........	0 » 25
Poudre d'ipéca......................	0 » 01

Pour un cachet.

Le *sulfate* et l'*azotate de potasse* sont des stimulants circulatoires et musculaires ; le *bicarbonate de soude* à faible dose provoque la sécrétion acide ; la *poudre d'yeux d'écrevisse* est un excitant mécanique ; la *poudre d'ipéca* met en jeu les plans musculaires et le centre nerveux périphérique de l'estomac.

Cette médication, constituée par des doses d'apparence insignifiante, possède une action puissante, qui s'épuise sur la muqueuse gastrique, n'impressionne que l'organe sur lequel elle doit agir, et réalise ce but de la thérapeutique, « produire le maximum d'effet avec le minimum de dose ».

L'*alimentation* a été spécialement surveillée, j'ai d'abord interdit le lait dont la malade avait été saturée depuis dix ans, de la manière la plus banale, car le lait modère l'excitabilité stomacale. J'ai donné du vin largement coupé d'eau.

L'alimentation s'est composée surtout de viandes rôties, très cuites, hachées menu, de légumes en purée préparés dans l'eau, sans trace de beurre ou de graisse qui formant une couche protectrice à la surface des fragments alimentaires, empêchent leur attaque par le suc gastrique. Ces légumes entraient pour une forte part dans l'alimentation, pour deux motifs : d'abord, à cause de leur richesse saline et puis en raison de l'excellente évolution de leurs produits, montrée

par le repas d'épreuve. Je n'ai interdit aucun légume; j'ai permis les farineux, malgré la grande quantité d'acide lactique révélée par l'analyse du repas d'épreuve, parce que je savais qu'en relevant la fonction gastrique, je modérerais, par cela même, leur aptitude à fermenter anormalement et puis, parce que les farineux en purée stimulent les contractions intestinales et obvient à la constipation qui, dans le cas actuel, intervenait comme une véritable complication. Seulement, j'ai diminué le pain et les aliments fermentés ou portant en eux des ferments; comme complément d'alimentation, les œufs, le poisson bouilli, les fruits cuits.

Le repas terminé, j'administrai VIII gouttes du mélange suivant :

Teinture de fèves de Saint-Ignace	5	gr.
— d'ipéca	2	»
— de badiane	5	»

Mêlez et filtrez.

La teinture de fèves de Saint-Ignace contient des traces de strychnine, de brucine et d'igasurine qui excitent directement la contractilité des plans musculaires, et cela, juste au moment où le contenu de l'estomac doit être brassé avec le suc gastrique. *L'ipéca* stimule à la fois les glandes et les muscles. La *teinture de badiane* ajoute son action très atténuée à celle des deux produits précédents et aromatise l'amertume de la préparation.

Ces VIII gouttes, je les mets dans une cuillerée à soupe de solution de *fluorure d'ammonium* à 0 gr. 20 pour 300 gr. d'eau distillée. Ce médicament jouit de la curieuse propriété de suspendre, à des doses extrêmement minimes, l'activité des ferments figurés, tout en respectant les ferments solubles : il entrave donc les fermentations anormales dues aux ferments lactique, acétique, butyrique, et

ne touche en rien la pepsine, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses expériences.

Le repas terminé, la malade s'étendait sur un fauteuil, gardait une absolue immobilité pendant trois quarts d'heure, pour ne pas troubler la sécrétion gastrique et l'imprégnation chlorhydropeptique des aliments; puis elle faisait, à pas lents, en terrain plat, une promenade d'une demi-heure à une heure pour faciliter le brassage et l'expulsion des aliments chymifiés.

XI

Le traitement fut commencé le 14 avril, la malade pesant 43 kilogrammes. Dès le 20 avril, elle se sent mieux, mange volontiers, n'a plus de crises douloureuses après ses repas, et surtout ne vomit plus. Du 20 avril au 1er mai, elle n'a souffert et vomi que deux fois, les 22 et 24 avril. La première fois, c'était après avoir mangé des pruneaux en trop grande abondance; la seconde crise de vomissements est survenue quatre heures après un repas où elle avait pris une certaine quantité de beurre de qualité douteuse et légèrement rance. A partir du 24 avril, l'état des fonctions gastriques demeura tout à fait satisfaisant.

Je tins cependant à faire un nouvel examen du suc gastrique afin de m'assurer si cette amélioration était factice, si elle provenait de la suggestion exercée sur une femme avide de guérir par le médecin qui paraît s'occuper avec intérêt de sa maladie, ou si elle était basée sur une modification dans la *composition du suc gastrique* et sur une meilleure évolution de la digestion stomacale.

L'analyse donna les résultats suivants :

On recueille par filtration environ 40 cc. d'un liquide

presque incolore, filtrant facilement, ne contenant pas de mucine :

Rougit fortement le tournesol.
Bleuit le papier du Congo.
Acidité totale : 2,953, en HCl.
HCl libre : 1,12.
HCl combiné au matière organique, 1,72.
HCl — — inorganiques, 1,98.
Acide lactique peu abondant. Il faut une grande quantité de suc pour colorer en jaune le réactif d'Uffelmann.
Ni acide butyrique, ni acide lactique.
Ni mucine, ni albumine.
Traces de syntonine. Très peu de propeptones.
Peptones assez abondantes. Il faut 1 cc. 75 de liqueur de Fehling pour amener au bleu franc 1 cc. de suc gastrique.
L'eau iodée colore le suc en rouge rosé, preuve que les féculents sont à l'état d'érythro-dextrine.

Cette analyse montre de la façon la plus évidente que l'amélioration de la digestion stomacale est réelle. — Elle montre, en outre, qu'il s'agissait bien, chez son malade, d'un simple trouble fonctionnel de l'estomac, et non d'une gastrite chronique, comme on aurait pu le croire en ne considérant que la longue durée de la maladie et l'acuité des symptômes. Enfin, elle est l'évidente preuve de la vérité du *traitement physiologique* que j'avais appliqué et, par suite, des principes qui guident ma thérapeutique des états dyspeptiques.

Comparons, en effet. Le liquide filtré de jaunâtre devient incolore. Son acidité totale tombe de 4,355 à 2,963 (HCl). Cette acidité qui était due en majeure partie à l'acide lactique (4,255), contre des traces d'HCl libre, dépend maintenant de l'HCl, dont on dose 1,12, contre des traces d'acide lactique.

L'évolution des matières albuminoïdes est aussi bonne que possible; les peptones ont augmenté de 75 p. 100 entre

les deux analyses. Le critique le plus prévenu devra constater que l'état s'est amélioré.

En voici une autre preuve, relevant de la nutrition générale. Le premier mois, la malade pesait 45 kilogrammes, soit 2 kilogrammes de plus qu'au jour de son entrée ; l'augmentation du poids avait été de 125 grammes par jour. En outre, l'appétit était excellent et les forces commençaient à revenir.

La première partie de la tâche était accomplie.

XII

Cependant, la peau et les muqueuses gardaient leur pâleur, l'urine renfermait toujours beaucoup d'urohématine Donc, si l'on avait fait un grand pas du côté de l'estomac, dans cette courte période de seize jours, l'*anémie* n'avait pas varié, comme on devait, d'ailleurs, s'y attendre.

Le moment était donc venu de la combattre et d'aborder la deuxième partie de la tâche que je m'étais imposée.

Cette anémie, je ne pouvais pas entreprendre de la modifier par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par le *fer* ou l'*arsenic;* d'abord, l'estomac eût été incapable de supporter ces médicaments pendant un temps assez long pour que leur effet pût se faire sentir ; et puis, je savais, par expérience, combien leur tolérance est problématique et leur action incertaine dans les cas analogues.

La seule voie rationnelle à suivre, c'était de combattre la *déminéralisation plasmatique*, de chercher à rendre au plasma sanguin les sels qu'il perdait en excès, de lui rendre ainsi le pouvoir de conserver et de régénérer les globules rouges.

Depuis longtemps je réfléchissais aux procédés à employer

en pareille circonstance et depuis trois ans, dans mon service de l'hôpital de la Pitié, j'avais tour à tour mis en œuvre les divers moyens qui me semblaient les plus rationnels, et que l'on peut énoncer dans la formule suivante :

« Chercher le ou les matériaux salins qui passent en excès dans l'urine et appauvrissent d'autant le plasma ; alors, les administrer exclusivement soit par la voie stomacale, soit par la voie sous-cutanée. »

Cette méthode qui semble la plus rationnelle de toutes, n'est pas sans présenter quelques inconvénients qui la rendent d'une application pratique extrêmement difficile.

D'abord, la recherche chimique exige un temps très long, un laboratoire organisé, des connaissances analytiques assez étendues, une expérience déjà ancienne, toutes choses qui seraient autant d'obstacles pour le praticien ; et comme, en réalité, c'est pour élargir le cercle de son action que nous travaillons tous, il faut lui fournir une séméiologie simple qu'il puisse invoquer à chaque instant, et non l'instrumentation compliquée d'une recherche devant laquelle il reculera toujours.

D'un autre côté, je n'ai pas retiré de l'introduction par la *voie sous-cutanée* tous les avantages que j'en attendais. Ce n'est pas que je combatte la méthode à laquelle je crois, au contraire, un gros avenir, mais elle est encore dans l'enfance et procède en pleine incertitude.

Quand on veut faire entrer un sel minéral dans le cycle vital, et lui donner l'orientation de la matière organisée, suffit-il de le mélanger aux plasmas et le déclarera-t-on entré dans la vie parce qu'il aura contracté telle combinaison chimique avec quelque globuline circulante ? Non, certes, et la meilleure preuve, c'est la peine que l'on éprouve à modifier la constitution saline du plasma par des injections

sous-cutanées dont les sels passent aussitôt dans l'urine. Ce n'est pas que l'action de ces sels pendant leur court passage dans l'organisme soit nul; elle est, au contraire, des plus remarquables : elle représente le triomphe du *dynamisme*, c'est-à-dire de l'impulsion imprimée à l'activité de la matière vivante par la présence seule, le contact d'un sel inorganique. Mais le sel parti, éliminé, que reste-t-il? Une vibration qui va fatalement s'éteindre, puisque rien n'a été changé dans la constitution cellulaire et que tout s'est borné à une excitation vitale partie de son milieu intérieur.

Ce n'est pas par une aussi brutale effraction que l'injection hypodermique que l'on donnera la vie à la matière inorganique et qu'on la fera entrer dans les molécules plasmatiques et protoplasmatiques, car on ne passe pas subitement de l'inertie à l'organisation. Van Helmont, dont les idées d'apparence surannée allaient pourtant dans les au delà de la science moderne, disait que l'organisme possède trois cuisines : la cuisine de l'estomac où se fondent et s'associent les éléments divers de notre alimentation; la cuisine du foie et du sang qui assimile et fait entrer dans l'ordre de la vie des organes, les aliments que la digestion a imprégnés déjà d'une petite vie latente; et enfin, la cuisine des membres, — on dirait aujourd'hui la cuisine cellulaire, — qui élève les produits assimilés à la hauteur de matière organisée.

J'en reviens à la prescience du grand philosophe hollandais, et la modernisant, j'y lis le secret de la supériorité digestive pour les introductions médicamenteuses d'éléments que l'on veut faire entrer dans la constitution cellulaire ou plasmatique : doucement ainsi ils s'acheminent vers la vie, en une hiérarchisation progressive.

Et je résume mon opinion sur ces graves problèmes en

disant, sur le mode aphoristique, que si l'on veut donner un coup de fouet à une activité cellulaire, serrer temporairement son frein, ou perturber pour un instant son fonctionnement, en d'autres termes, si l'on veut le frapper *dynamiquement*, il faut choisir l'introduction médicamenteuse sous-cutanée, tandis que si l'on a pour but de modifier sa constitution chimique, de l'impressionner dans sa *statique*, le recours est à l'introduction digestive.

La part des deux méthodes demeurant ainsi précisée, je devais repousser, dans mon cas, la méthode hypodermique.

La *voie stomacale* s'imposait donc; mais quel sel ou quelles associations salines devait-on employer et dans quelles conditions ?

J'ai dit plus haut la difficulté pratique de l'emploi d'un seul sel. J'ajouterai que l'ensemble des matériaux salins du plasma forme un tout difficilement dissociable, possédant une synergie d'action, dont la preuve est fournie par la constance même de la minéralisation plasmatique dans le cas d'équilibre vital. C'est pourquoi, j'ai formulé une préparation qui contient en proportion définie, ces différents principes minéraux, associés à une trace de carbonate de fer et à un peu d'hémoglobine, de manière à fournir aux globules rouges à naître des matériaux de reconstitution.

Voici la formule de cette préparation qui reproduit, à peu de chose près, les rapports dans lequel les sels se trouvent dans les cendres du sang total :

Chlorure de sodium................	27 gr.	
— de potassium.............	20 »	
Phosphate de soude................	4 »	60
— de potasse...............	12 »	
— de chaux................	1 »	950
— de magnésie.............	1 »	400

Sulfate de potasse..................	2 gr. 000
Bicarbonate de soude................	11 » 50
Carbonate de fer....................	1 »
Poudre d'hémoglobine..............	5 »

Divisez cette quantité en 80 cachets. Prendre deux cachets avant le déjeuner et le dîner.

XIII

Le 1er mai, je supprimai le *traitement gastrique*, et la malade fut soumise au *traitement plasmatique* à l'aide des poudres salines de la formule dont je viens de donner la composition. Ce traitement fut continué pendant vingt jours. Il ne fut traversé par aucun incident digne d'être noté. L'appétit demeura excellent; aucun trouble gastrique ne reparut; les forces et les couleurs revinrent peu à peu. Le 20 mai, la malade se considérait comme guérie et demandait à reprendre ses occupations. On le lui permit quand on eut constaté que le souffle systolique au niveau de l'artère pulmonaire avait disparu, et que l'on ne percevait plus qu'avec difficulté les souffles musicaux dans les vaisseaux du cœur.

Restait à savoir si la nutrition s'était améliorée comme paraissaient le faire croire le mieux-être général et la disparition des symptômes qui avaient amené cette malade à demander mes soins.

Une seconde *analyse de l'urine* fut pratiquée, quarante-huit heures après la cessation du traitement. Les résultats fournis par cette analyse sont consignés dans le tableau n° II :

Tableau II

Anémie plasmatique. — Analyse des urines recueillies après le traitement (24 mai).

CARACTÈRES DE L'URINE	PAR 24 heures	PAR KIL. DE POIDS	CALCUL DES COEFFICIENTS UROLOGIQUES	
Quantité	2125cc	46.6	Cooff. d'oxydation azotée	76.1 %
Donsité	1009	»	— d'oxydation des soufres	87.3
Réaction	acide	»	Mat. salins : mat. solidos	35.9
Résidu solide	45.25	0.993	Acide urique : urée	1:43.7
— organique	29.	0.632	Ph^2O^5 : azote total	7.9
— inorganique	16.25	0.361	Azoto d'acide urique : Az total	3.92
Azote total	6.67	0.146	Ph^2O^5 terroux : Ph^2O^5 total	19.9
Azote do l'urée	5.08	0.111	SO^4H total : Az total	33.4
Uréo	10.88	0.239	KHO : Az total	30.8
Acido uriquo	0.79	0 0173	Soude : Az total	65 4
Matièros oxtract. azotées	3.325	0.0875	Chaux : Az total	2.38
Matières ternaires	14.115	»	Magnésie : Az total	1.10
Azote incompl. oxydé	1.59	»	Chlore : Az total	102.3
Chlorure de sodium	11.262	0.247		
Acide phosphoriquo	0.531	0.0116	POURCENTAGE DES MATÉRIAUX SALINS	
— lié aux alcalis	0.425	0.0093		
— lié aux terres	0.106	0.0023		
— sulfuriquo total	2.229	0.0489	Chlore	42 %
Soufre incompl. oxydé	0 284	0.00624	Soude	26.8
Acide sulfur. conjugué	0.457	0.0100	Acido phosphorique	3.27
— préformé	1.488	0.0326	Soufre préformé	9.15
Chaux	0.157	»	Soufre conjugué	2.81
Magnésie	0.074	»	Potasse	12.60
Potasse	2.061	»	Chaux	0.96
Soude	4.367	»	Magnésie	0.45

La première chose qui frappe dans le tableau ci-dessus, c'est que la *somme des échanges* est devenue normale, et attein 0 gr. 993 par kilogramme de poids, contre une normale de 0 gr. 894.

	AVANT TRAITEMENT		APRÈS TRAITEMENT		NORMALE
	PAR 24 H.	PAR KGR.	PAR 24 H.	PAR KGR.	PAR KGR.
Résidu solide	36 gr. 65	0 gr. 852	45 gr. 25	0 gr. 993	0 gr. 895
— organique	18 » 85	0 » 438	29 »	0 » 632	0 » 605
— inorganique	17 » 80	0 » 414	16 » 25	0 » 361	0 » 289

Cette augmentation porte exclusivement sur les *matières organiques*. Au contraire, les *matières minérales* s'abaissent de quelque façon qu'on les considère, et l'équilibre se rétablit entre les deux groupes de principes qui reprennent leurs proportions normales, puisque le rapport des matériaux minéraux aux matériaux solides, tombe de 48,5 à 35,9 p. 100 : la normale était de 33 p. 100.

N'est-il pas curieux et inattendu de voir le pourcentage des matériaux salins, aussi bien que leur chiffre absolu diminuer et se rapprocher de la normale, alors que la malade ingérait environ 4 grammes de sels en plus que dans la première période de son traitement, toutes choses restant égales, d'ailleurs, du côté de l'alimentation ?

Elle aurait donc dû rendre journellement une plus grande quantité de sels, puisqu'elle en ingérait davantage. Comment se fait-il que ce soit justement le contraire qui arrive ? Je ne vois qu'une hypothèse plausible, c'est que ces sels se sont fixés, en partie au moins, dans le plasma sanguin et peut-être dans l'organisme qui en étaient privés, rétablissant ainsi un équilibre de composition chimique, indispensable à la conservation et au renouvellement des globules rouges.

Si cette hypothèse passait à l'état de *fait*, par l'appui d'une irréfragable preuve, la nature de l'anémie plasmatique, déjà solidement établie sur des chiffres, recevrait la confirmation de la thérapeutique, c'est-à-dire qu'elle défierait toutes les objections sérieuses, puisque, construite uniquement sur des faits, sans l'intervention d'aucune théorie, son exactitude absolue serait prouvée une fois de plus par le succès même d'une thérapeutique mathématiquement instituée.

Comment alors fournir cette preuve, comment montrer

qu'il ne s'agit pas d'une pure hypothèse, mais d'un fait, dans la stricte acception du terme ?

Il n'y avait qu'un moyen, c'était de pratiquer l'*analyse du sang*, et de rechercher, par comparaison avec l'analyse précédente, si les modifications pathologiques constatées avaient disparu ou s'étaient atténuées.

Cette analyse fut pratiquée le même jour que celle de l'urine. Voici quels furent les résultats :

Analyse du sang après le traitement.

Densité	1.050
Matériaux solides (MS)	204 gr.
— organiques	195 » 15
— inorganiques (MI)	8 » 85
Eau	846 »
Rapport MI. : MS.	4 » 33 p. 100

Comparons cette analyse avec la précédente. La densité, les matériaux solides en bloc, les matériaux organiques et inorganiques, tout a augmenté. Le sang s'est enrichi en principes organiques et en principes minéraux, mais ces derniers ont progressé relativement plus que les principes organiques, puisque le rapport MI. : MS. s'est élevé de 2,91 p. 100 à 4,33 p. 100.

Par rapport à la normale, la densité s'en rapproche sensiblement (1.050 au lieu de 1.058); les matériaux solides sont en diminution à peine sensible (204 grammes au lieu de 211 gr. 29); les matériaux organiques de même (195 gr. 15 au lieu de 203 gr. 41); enfin les principes minéraux sont normaux (8 gr. 85 au lieu de 9 gr. 10).

Pour bien faire saisir, d'un seul trait, l'ensemble de la variation, je réunis, dans le tableau suivant, mes deux analyses comparées à la normale :

Examen du sang avant et après le traitement :

	AVANT LE TRAITEMENT	APRÈS LE TRAITEMENT	SANG NORMAL
Densité................	1.045	1.050	1.058
Matériaux solides (M.S.).	191 gr. 60	204 gr.	223 gr. 55
— organiques (M.O.).	186 »	195 » 15	214 » 44
— inoganiques (M.I.).	5 » 60	8 » 85	9 » 11
Eau....................	853 » 40	846 »	776 » 48
Rapport M. I : M. S.....	2 » 91 %	4 » 33	4 » 08

La démonstration est donc absolue : d'une part, les matériaux salins ont diminué dans l'urine; d'autre part, ils ont augmenté dans le sang qui a repris sa composition physiologique. Ce double résultat marchant de pair avec l'amélioration de la malade, avec une nouvelle augmentation de son poids, confirme d'une manière indiscutable l'existence de l'anémie plasmatique et le caractère de certitude qu'atteint son traitement.

Je viens de parler d'augmentation de poids. La malade, en effet, pesait 46 kilogrammes, quand j'ai interrompu son traitement, soit 2 kilogrammes de plus. Pendant cette seconde série, elle a donc augmenté de 100 grammes par jour. L'augmentation totale a été de 4 kilogrammes, soit une moyenne journalière de 111 grammes.

Quelle que soit la façon dont on envisage le problème, il peut donc être considéré comme résolu.

XIV

Avant d'en finir avec l'histoire de ce cas-type, je voudrais revenir sur quelques-uns des détails qu'il présente, parce qu'ils sont d'un puissant intérêt au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

Jetons les yeux sur le tableau n° II qui correspond à l'analyse d'urine faite à la fin du traitement. Plusieurs points nous frappent et demandent une explication.

C'est d'abord la question des *oxydations azotées*. Loin d'avoir augmenté, elles sont tombées au chiffre très faible de 76,1 p. 100. Quant à l'*acide urique*, il a augmenté ; il atteint 0 gr. 79 en 24 heures, 0 gr. 0173 par kilogramme de poids; son rapport à l'urée est comme 1 : 13.

Cette diminution des oxydations azotées porte avec elle un enseignement. Je l'ai constatée plusieurs fois chez des anémiques traités suivant la méthode précédente : elle coïncide avec une diminution de la désingration azotée, puisque l'azote total tombe à 0 gr. 146 par kilogramme de poids, au lieu de la normale de 0 gr. 240. Dans le cas actuel, ces deux particularités sont associées à une augmentation énorme des *matières ternaires* (1).

Ces trois faits, diminution des échanges et des oxydations azotées, augmentation des échanges en matières ternaires, sont justifiées par l'augmentation du poids de la malade, et n'ont, par conséquent, rien qui doive nous étonner. Mais ils présentent en eux-mêmes quelque chose d'anormal, puisqu'ils sont fort en dehors des limites physiologiques. Ceci tient à ce que, chez notre malade, le traitement n'a pas été complet. Il devait comprendre une *troisième étape* qu'il m'a été impossible de parcourir, à cause du désir de la malade de reprendre ses occupations dès qu'elle a senti que son état s'était amélioré. Cette étape, on la pressent d'avance.

(1) Je ne connais pas de procédé qui permette de doser exactement les matières ternaires de l'urine. Ici, elles sont calculées par différence. Leur chiffre est donc forcément entaché d'inexactitude, mais la différence est si grande entre le chiffre actuel et celui de l'analyse n° 1 qu'il est impossible de ne pas conclure à une augmentation.

Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, quand celui-ci a repris une composition minérale adéquate à la conservation et au renouvellement normal des globules rouges, toutes choses actuellement réalisées chez notre malade, il convient alors de fournir à l'organisme le matériel de cette rénovation globulaire, je veux parler du fer. Donc l'*administration du fer* doit être le couronnement de l'édifice thérapeutique. A ce moment, il est parfaitement toléré, et, chose remarquable, il agit avec une rapidité telle qu'il n'est pas besoin de le continuer pendant plus de trois à quatre semaines.

Le choix de la préparation ferrugineuse n'est pas indifférent. Celle que je préfère est le *tartrate ferrico-potassique* qui a le double avantage d'être une préparation organique et de contenir de la potasse, cet autre principe constituant essentiel des globules rouges.

Il ne possède qu'un inconvénient, c'est de provoquer ou d'entretenir de la constipation. Mais cet inconvénient est facile à éviter. Il suffit d'associer au tartrate ferrico-potassique une petite quantité de *rhubarbe* et d'administrer le médicament au moment des repas.

Voici la formule que j'emploie ordinairement :

Tartrate ferrico-potassique............	0 gr. 10
Poudre de rhubarbe....................	0 » 05
Magnésie calcinée....................	0 » 05
Extrait de quinquina..................	0 » 10

Pour une pilule. Prendre une pilule au commencement du déjeuner et du dîner.

L'addition de la magnésie a pour but de remédier au déficit magnésien que j'ai constaté à plusieurs reprises dans le sang et dans l'urine de la plupart des anémiques. On m'objectera que la dose employée est insuffisante. Nul-

lement, puisque cette dose journalière représente la moitié de la magnésie contenue dans un litre de sang. Et puis, employée à cette dose, la magnésie est absorbée en totalité ou à peu près, sous forme de chlorure de magnésium, tandis que les doses habituelles de la thérapeutique provoquent quelquefois un léger flux glandulaire à la surface de la muqueuse intestinale, flux dont l'influence spoliatrice sur les éléments du plasma n'est pas niable.

La médication ferrugineuse comporte aussi un *régime alimentaire* spécial, dans lequel on doit insister sur les aliments qui contiennent la plus grande quantité de fer. Depuis que les recherches de Bunge ont montré le rôle joué dans la rénovation du fer des globules rouges par le fer alimentaire, on n'a plus le droit de négliger cette partie si importante de la médication. Le jaune d'œuf, la viande de bœuf, les pois, les lentilles, les épinards, les fraises, figurent au rang des aliments les plus ferrugineux et devront faire partie des cartes culinaires recommandées aux anémiques.

Enfin, le vin de Bourgogne formera la base de la boisson : on le coupera avec une eau minérale ferrugineuse, comme l'eau de *Renlaigue*, la source rouge de *Saint-Nectaire*, qui renferment aussi du chlorure de sodium, ou avec les eaux de *Bussang*, de *Forges* ou de *Spa*.

Ce complément ferrugineux du traitement de l'anémie plasmatique est absolument indispensable, et nulle cure ne sera complète sans son intervention. Sous son influence, on voit se relever les échanges et les oxydations azotées, diminuer l'acide urique, augmenter l'acide phosphorique et la potasse, ces témoins de l'activité dans les échanges globulaires.

Comme cette étape de médication ferrugineuse allonge la

durée du traitement, j'ai tenté de la supprimer en incorporant directement le fer dans la poudre saline. Après de nombreux essais, je suis arrivé à la formule suivante, d'apparence très compliquée et représentant une sorte de *thériaque minérale* dans laquelle les principes minéraux sont associés à des matières organiques qui en facilitent l'assimilation :

Chlorure de sodium	15 gr.	
— de potassium	10 »	
Phosphate de soude	13 »	
— de potasse	6 »	
Glycérophosphate de chaux }		
— de magnésie }	ââ 1 »	
Sulfate de potasse }		
Carbonate de fer	0 »	50
Poudre d'hémoglobine	2 »	50
Glycérophosphate de fer	15 »	
Jaune d'œuf	15 »	
Lactose	10 »	
Caséine	5 »	
Poudre de fèves de Saint-Ignace	1 »	
Poudre de rhubarbe	4 »	
	100 gr.	

Mêlez très exactement et divisez en 100 paquets.

Je réserve pour une publication ultérieure l'énoncé des motifs de cette préparation complexe dont chaque élément possède son importance. Pour l'instant, j'en donne simplement la formule, en appelant l'attention sur ce fait qu'elle comprend, en dehors des sels inorganiques et du fer, de la lécithine, des matières albuminoïdes et des matières ternaires.

On l'emploie à la dose de deux paquets avant le déjeuner et le dîner, et l'on augmente cette dose progressivement et suivant le degré de la tolérance stomacale, jusqu'au maximum de six par jour.

A l'aide de cette préparation médicamenteuse, il est pos-

sible de diminuer dans de grandes proportions la durée du traitement. Elle a, de plus, l'avantage d'être mieux tolérée par l'estomac. Je l'emploie couramment depuis quatre années, non seulement dans les anémies plasmatiques, mais aussi toutes les fois qu'il est indiqué de reminéraliser l'organisme, ce qui est le cas dans un certain nombre d'états morbides qui seront exposés plus tard.

XV

CONCLUSIONS

1° Il existe un groupe d'états morbides qui reconnaissent comme l'une de leurs conditions, sinon de leurs causes, soit une déminéralisation de l'organisme, soit une inaptitude des plasmas et des tissus à fixer les principes inorganiques de l'alimentation.

2° Parmi ces maladies, mes recherches permettent d'individualiser déjà les types suivants comme premiers termes de la série :

A. — La phtisie pulmonaire ;

B. — Le phosphorisme ;

C. — Une variété particulière de l'hémoglobinurie ;

D. — Diverses albuminuries qui, d'abord fonctionnelles, peuvent aboutir à la maladie de Bright, comme les albuminuries phosphaturiques et les albuminuries dyspeptiques ;

E. — Un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

3° La chlorose n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble symptomatique qui relève de conditions morbides fort dissemblables et réclamant des traitements tout à fait

différents, puisque, ce qu'il faut traiter, ce n'est pas l'expression symptomatique dénommée chlorose ou anémie, mais bien les procédés morbides qui aboutissent à cette expression.

4° La déminéralisation organique est l'un de ces procédés. Les chloroses et les anémies qui en relèvent offrent certaines particularités cliniques qui permettent de les soupçonner sur lesquelles je reviendrai plus tard. Mais pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang. La déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

5° L'analyse démontre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des globules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. En fait, dans le cas qui m'a servi de type, le nombre des globules rouges est tombé à 2.329.000, avec une valeur globulaire de 0,72, la normale étant l'unité.

6° Cette variété d'anémie mérite donc le nom d'*anémie plasmatique*.

7° Pour la traiter et la guérir d'une façon pour ainsi dire mathématique, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de *thériaque minérale*.

8° Cette reconstitution minérale du plasma sanguin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang

et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

9° Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut éviter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrugineux à la médication saline.

10° Le diagnostic et le traitement de l'anémie plasmatique fournissent une preuve de la certitude de la thérapeutique quand elle est fondée sur les procédés exacts de la chimie pathologique.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Le thiocol. — Le thiocol ou sulfogaïacolate de potasse a pris définitivement sa place parmi les meilleures médications contre la tuberculose. Il est indiqué dans tous les cas de tuberculose et peut être administré même lorsqu'il y a hémoptysie. Son manque absolu d'odeur, de causticité, de toxicité, sa grande solubilité, font qu'on peut l'administrer à des doses massives soit par voie buccale, soit par voie hypodermique. Dans le premier cas, on peut employer les formules suivantes :

1° Thiocol.........................	0 gr. 50

pour un cachet. Un cachet toutes les trois heures.

2° Thiocol.........................	10 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères...	100 »
Eau bouillie......................	150 »

Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.

Dans la thérapeutique infantile, on pourra modifier ainsi :

Thiocol	3 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	45 »
Eau bouillie	75 »

Une, deux ou trois cuillerées à soupe par jour, suivant l'âge de l'enfant.

Dans les cas de tuberculose laryngée, Fasano (de Naples) conseille les insufflations avec :

Thiocol	0 gr. 15
Chlorure de cocaïne	40 »
Acide borique	1 »
M. S. A.	

On continuera le thiocol à l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

Sous l'influence de ce médicament on verra le poids augmenter, la toux, les crachats et la fièvre diminuer, la pression vasculaire se relever, la quantité d'urine augmenter, la teneur en acide urique diminuant.

Maladies infectieuses.

Du traitement de la tuberculose par le cacodylate de gaïacol. — Les résultats obtenus par le cacodylate de gaïacol, dit M. Gonzalve-Menusier (*Revue internationale de la tuberculose*, mai 1902), sont excellents et méritent d'être relatés. Si ce médicament agit si directement, c'est que ce n'est pas seulement un antiseptique des voies respiratoires par le gaïacol, mais qu'il est surtout un reconstituant par l'acide cacodylique. On sait que l'arsenic a été recommandé de tout temps comme modificateur de la nutrition et de l'assimilation, qu'il donne à l'organisme une sorte de coup de fouet favorable à l'activité des échanges nutritifs et respiratoires; or, la forme sous laquelle était donné l'arsenic jusqu'en ces derniers temps ne confirmait pas les espérances du corps médical, les résultats cliniques étaient peu satisfaisants. Le professeur Gautier, au début de l'année 1900, recommanda l'arsenic sous la forme d'acide cacodylique, et pour certaines formes mor-

bides on l'associa, soit au sodium, soit au fer, soit au gaïacol.

Si l'on pouvait rendre arthritiques les tuberculeux et les tuberculisables, c'est-à-dire rendre hyperacides les hypoacides, on aurait opposé un rude obstacle au développement du bacille de Koch et c'est le but visé aujourd'hui par tous les phtisiologues qui préfèrent modifier le terrain du tuberculeux que de poursuivre vainement le bacille de Koch.

Maladies des voies respiratoires.

Traitement des hémorragies bronchiques par le sérum gélatiné. — Les injections de sérum gélatiné n'ont pas été tentées seulement dans le traitement des anévrismes, on les a employées contre les différentes hémorragies, et, dans les hémoptysies en particulier, elles ont donné d'heureux résultats.

Frankel, Klemperer, Burghart, Cotinesco, Baumeister en rapportent des observations.

Dans le service de M. le professeur Spillmann, M. Demange (*Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1900) a eu l'occasion de traiter par la gélatine trois malades atteintes de bronchectasies avec hémorragies fréquentes. Les effets ont été excellents. L'une des trois malades qui, par suite de ses hémorragies, était tombée dans un état de cachexie profonde, a repris actuellement ses occupations et les hémoptysies ne se sont plus reproduites depuis le début du traitement.

L'auteur emploie un sérum gélatiné stérilisé à 5 p. 100 et en injecte tous les deux jours 50 cc. Cette dose est parfaitement supportée. Il importe, pour favoriser l'action de la gélatine, que le malade garde le repos au lit et soit mis à un régime alimentaire très léger, de préférence lacté.

Bronchite légère; trachéo-bronchite. — Repos au lit. Boissons chaudes : lait chaud. thé, grogs légers.

L'indication essentielle est de calmer la toux au moyen de l'une ou l'autre des *préparations opiacées* qui suivent :

Poudre de Dower.........	0 gr. 20 à 0 gr. 50
Teinture d'opium.........	X à XX gouttes.
Extrait thébaïque.........	0 gr. 02 à 0 gr. 10
Sirop diacode............	40 » à 60 »
Sirop de codéine.........	20 » à 30 »
Codéine.................	0 » 02 à 0 » 04
Sirop de morphine........	20 » à 40 »
Sirop de lactucarium	20 » à 40 »

Formules diverses :

Sirop de capillaire................	100 gr.
Sirop diacode....................	50 »
Eau de laurier-cerise..............	30 »
Alcoolature de racines d'aconit.....	XXX gouttes.

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Sirop diacode...........................	50 gr.
Sirop de belladone......................	20 »
Eau de laurier-cerise....................	10 »
Hydrolat de tilleul......................	40 »

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Sirop diacode........................	} ãã 30 gr.
Sirop de tolu.........................	
Eau distillée de laurier cerise.........	
Eau de fleur d'oranger................	

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Eau de fleurs d'oranger...............	80 gr.
Sirop de chloral......................	} ãã 25 »
Sirop de morphine....................	
Eau de laurier-cerise..................	60 »

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

(Dieulafoy).

Looch blanc	100 gr.
Sirop de lactucarium	25 »
Teinture d'aconit	1 »

Une cuillerée entre chaque repas et toutes les deux heures dans la soirée.

On peut encore utiliser comme calmants de la toux l'eau de laurier-cerise (10 à 30 grammes), les préparations d'aconit (alcoolature de racines d'aconit X à XXX gouttes), de belladone (sirop 20 à 30 grammes, teinture X à XXX gouttes), de jusquiame (teinture X à XXX gouttes, extrait 0 gr. 05 à 0 gr. 10); de datura (0 gr. 05).

Sirop de tolu	300 gr.
Eau de laurier-cerise	100 »
Teinture d'aconit	1 »

4 à 5 cuillerées à dessert.

Teinture de belladone	XX gouttes.
Sirop de codéine	} ãã 20 gr.
Sirop de capillaire	

Extrait de jusquiame	0 » 05
Eau de fleur d'oranger	10 »
Julep gommeux	120 »

Infusion de capillaire	100 »
Sirop thébaïque	30 »
Teinture de jusquiame	2 »
Eau chloroformée	20 »

Sirop de tolu	} ãã 100 »
Sirop diacode	
Sirop de punch	
Extrait de datura	0 » 05

Le meilleur expectorant, à la période de déclin, est le *benzoate de soude* qui fluidifie les sécrétions bronchiques (3 à 4 grammes).

Eau	300 gr.
Benzoate de soude	20 »

3 cuillerées à soupe par jour.

Ou :

Eau	200 gr.
Sirop de polygala	100 »
Benzoate de soude	20 »

Ou :

Benzoate de soude		6 à 10 gr.
Alcoolature de racines d'aconit		XX gouttes.
Eau de laurier-cerise		3 gr.
Sirop de tolu	ââ	30 »
Sirop de codéine		
Eau		60 »

3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

On emploie plus rarement le *kermès* ou l'*oxyde blanc d'antimoine.*

Kermès	0 gr. 20

Ou :

Oxyde blanc d'antimoine	0 gr. 20 à	0 gr. 60
Sucre		4 »
Gomme adragante		0 » 30
Sirop de fleur d'oranger		30 »
Eau distillée		120 »

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CLXIV

A

B

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

T

U

V

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. LEVÉ, 17, rue Cassette. — Paris-6e